



Universidade de Aveiro
2017

Escola Superior de Saúde de Aveiro

**Andreia Maria
Jarmelo dos
Santos Azevedo**

**Construção da Parentalidade:
O Papel do Enfermeiro de Família**



Universidade de Aveiro
2017

Escola Superior de Saúde de Aveiro

**Andreia Maria
Jarmelo dos
Santos Azevedo**

**Construção da Parentalidade:
O Papel do Enfermeiro de Família**

Relatório de estágio de natureza profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação da Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à memória do meu “*Querido Avô Zé*”

O júri

Presidente

Professora Doutora Professora Doutora Marília Rua
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professor Doutor Amâncio António Sousa de Carvalho
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Orientadora

Professora Doutora Elsa Melo
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos às pessoas que me acompanharam e marcaram neste percurso:

À Professora Elsa Melo e à Professora Assunção Laranjeira pela confiança, apoio e orientação;

A toda a equipa da USF Rainha D. Tereza pelo acolhimento e carinho;

À Enfermeira Ana Santos pela disponibilidade, carinho, orientação e cooperação;

Aos colegas de trabalho da USF Terras do Antuã pelo esforço adicional e pela motivação;

À Andreia Liane que me impulsionou e escoltou neste percurso;

À minha família pelo apoio e por compreenderem a minha ausência;

Às famílias que colaboraram no meu estudo;

E ...ao meu eterno namorado Vítor por me estimular para a formação, por me equilibrar com o seu humor e por esperar ainda mais!

Palavras-chave

Enfermagem; Família; Transição; Parentalidade

Resumo

Enquadramento: O presente relatório reporta-se ao estágio de natureza profissional desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Tereza de Albergaria-a-Velha, no período de 19 de setembro de 2016 a 23 de fevereiro de 2017.

Objetivos: Pretendemos descrever e refletir sobre o percurso desenvolvido no contexto da prática clínica dos cuidados de saúde primários na aquisição de competências específicas em enfermagem de saúde familiar. Assim como, apresentar o estudo empírico desenvolvido em contexto de estágio, intitulado: “Construção da Parentalidade – O Papel do Enfermeiro de Família”. Com o objetivo de conhecer a forma como os pais da USF Rainha D. Tereza constroem o seu modelo de parentalidade durante o primeiro semestre de vida do primeiro filho.

Métodos: Desenvolvemos um estudo fenomenológico de natureza qualitativa, com uma amostragem não probabilística de conveniência que inclui 11 sujeitos participantes, pais com o primeiro filho a completar seis meses de vida entre outubro e dezembro de 2016, inscritos na USF Rainha D. Tereza. Realizamos entrevistas semiestruturadas, obtendo as narrativas das vivências e a sua compreensão mais profunda. Cumprimos os procedimentos éticos e submetemos as informações colhidas a análise de conteúdo com auxílio do *Software* WEBQDA.

Resultados: Destacamos a vivência da parentalidade no desejo de ser pai/mãe e nas expectativas criadas na gravidez contribuindo para o modelo parental. Esta é influenciada por fatores como as características da criança, as características e experiências prévias dos pais e as dinâmicas familiares. Os pais apresentam dificuldades relativas à prestação de cuidados à criança e à conciliação dos papéis parental, conjugal, familiar e social. Perante estas dificuldades os pais utilizam recursos humanos, comunitários e monetários. Realçamos o recurso comunitário no apoio dos cuidados de saúde, o qual é valorizado pelos pais. O enfermeiro de família, quando é identificado e o seu papel é reconhecido, é descrito como recurso efetivo e acessível na adaptação à parentalidade.

Conclusão: Este trabalho expôs o percurso em contexto de estágio na aquisição das competências exigidas e demonstrou que os objetivos propostos foram alcançados. Os resultados obtidos pela investigação desenvolvida permitiram conhecer a vivência da transição para a parentalidade dos pais entrevistados e afirmar o papel do enfermeiro de família na capacitação destes para a construção do seu próprio modelo de parentalidade, assim como contribuir com conhecimento a valorizar nas intervenções de enfermagem.

Keywords

Nursing; Family; Transition; Parenthood

Abstract

Background: The present report refers to the professional internship that took place at Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Tereza in Albergaria-a-Velha, between the September 19th 2016 and February 23rd 2017.

Aim: We intend to describe and reflect on the course developed in the context of the clinical practice of primary health care in the acquisition of specific competences in family health nursing. As well as, present the empirical study developed in an internship context, titled: "Construction of Parenthood – The Role of the Family Nurse". With the purpose of knowing how the parents of the USF Rainha D. Tereza build their model of parenting during the first semester of life of the first child.

Methods: We developed a phenomenological study of qualitative nature, with a non-probabilistic sampling of convenience that includes 11 subjects, parents with the first child to completing six months of life between october and december 2016, enrolled in USF Rainha D. Tereza. We conducted semi-structured interviews, obtaining the narratives of the experiences and their deepest understanding. We comply with ethical procedures and submit the information collected to complied analysis with the help of WEBQDA Software.

Results: We highlight the experience of parenting in the desire to be a parent, and in the expectations created in pregnancy, contributing to the parental model. This is determined by factors such as the characteristics of the child, the characteristics and previous experiences of the parents and the family dynamics. Parents face difficulties in providing care for the child and reconciling parental, marital and family and social roles. Faced with these difficulties parents use human, community and monetary resources. We highlight the community resource in support of health care, which is valued by parents. The family nurse, when identified and recognized, is described as an effective and accessible resource in adapting to parenting.

Conclusion: This work exposed the trajectory in the acquisition of the required competences and demonstrated that the proposed objectives were achieved. The results obtained by the research carried out allowed us to acknowledge the experience of the transition to parenthood of the parents interviewed and to affirm the role of the family nurse in their capacity to build their own model of parenting, as well as contributed with knowledge to be valued in nursing interventions.

Abreviaturas e siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
ARTº - Artigo
CSP - Cuidados de Saúde Primários
D. – Dona
DGS – Direção Geral da Saúde
Dec. - Decreto
DR – Diário da República
EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar
Enf.^a – Enfermeira
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
INE – Instituto Nacional de Estatística
MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MS – Ministério da Saúde
Nº - Número
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNS - Plano Nacional de Saúde
SINUS – Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UA – Universidade de Aveiro
UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USF AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiares
USP – Unidade de Saúde Pública
WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	16
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	18
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	24
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO	34
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	36
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	38
2.1. Ciclo de Vida Familiar - Transição para a Parentalidade.....	38
2.2. Construção da Parentalidade.....	42
2.3. O Papel do Enfermeiro de Família na Transição para a Parentalidade.....	47
3. METODOLOGIA	52
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	62
5. DISCUSSÃO	84
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO	102
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS	116
Anexo I – Plano de Sessão de Formação em Serviço	
Anexo II – Sessão de Formação: “Enfermeiros de Família Confiantes – Famílias Seguras”	
Anexo III – Guião da Entrevista e Questionário de Caracterização Socioeconómica	
Anexo IV – Parecer Favorável da Comissão de Ética da ARS Centro	
Anexo V – Autorização do Conselho de Administração da ARS Centro	
Anexo VI – Autorização da Coordenadora da USF Rainha D. Tereza	
Anexo VII - Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo VIII – Conceptualização das Dimensões, Categorias e Subcategorias	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF Rainha D. Tereza

19

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de Freguesias de Albergaria-a-Velha e Concelhos Limítrofes	18
Figura 2 - Dimensão Vivências na Parentalidade e Categorias	56
Figura 3 – Categoria Vivências na Gravidez e Subcategorias	56
Figura 4 - Categoria Modelo Parental Adotado e Subcategorias	57
Figura 5 - Categoria Determinantes para a Parentalidade e Subcategorias	57
Figura 6 – Categoria Dificuldades Vivenciadas e Subcategorias	58
Figura 7 – Categoria Prestação de Cuidados à Criança e Subcategorias	58
Figura 8 – Categoria Conciliação de Papéis e Subcategorias	58
Figura 9 – Categoria Mudanças e Subcategorias	59
Figura 10 – Categoria Antecipação da Fase Seguinte e Subcategorias	59
Figura 11 – Categoria Recursos Utilizados e Subcategorias	60
Figura 12 – Código Livre – Apreciação Pessoal	60
Figura 13 – Modelo Figurativo dos Resultados	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorização em Árvore e Referências às Narrativas

63

INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos o sistema de saúde português tem sofrido alterações na sua organização devido à influência de conceitos políticos, económicos, sociais e religiosos de cada época, à sua procura de dar resposta aos problemas de saúde identificados e, à necessidade de promover a saúde dos povos (Crisp et al., 2014; Moreira, 2012).

A visão prospetiva, a longo prazo, do que seria um sistema de cuidados de saúde para Portugal teve as suas raízes nas décadas de 1960 e 1970. A democratização de Portugal nos anos que se seguiram à revolução de 1974 e a Primeira Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Promoção da Saúde em 1978 foram fundamentais neste percurso. Desta conferência resultou um documento conhecido por Declaração de Alma-Ata que definiu e caracterizou os Cuidados de Saúde Primários (Crisp et al., 2014).

Em 1979 com a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, deu-se a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), uma rede que envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social e que defende a universalidade, globalidade e gratuidade (Crisp et al., 2014). O diploma estabelece que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

Em 1990, a lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprovou a Lei de Bases da Saúde e pela primeira vez, a proteção da saúde foi perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Os cuidados de saúde passaram a ser prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos (Moreira, 2012).

A Lei de Bases da Saúde foi prosseguida pelas cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) dentro do Ministério da Saúde (MS) sem uma governação estratégica unificada (Crisp et al., 2014). Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são um dos principais alicerces do SNS e assumem, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços para a continuidade de cuidados, importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde e de acompanhamento de qualidade e proximidade às populações (DR, 2017).

Em 2005, com a tomada de posse do XVII Governo Constitucional e com a criação da unidade de Missão de Cuidados de Saúde Primários (MCSP), deu-se início à reforma dos CSP que vigora até aos dias de hoje e que tem-se apresentado como uma das mais bem-sucedidas dos serviços públicos nas últimas décadas (Biscaia, Pereira, Cardeira, & Fehn, 2017). Os seus objetivos passavam por melhorar a acessibilidade, a qualidade, a continuidade e a eficiência dos cuidados de saúde, assim como a satisfação de profissionais e utilizadores (USF-AN, 2016). Permitiu a reorganização local dos cuidados, com especial ênfase nas Unidades de Saúde Familiar (USF), cujo número tem vindo a aumentar progressivamente desde o seu início, e na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), com o consequente desaparecimento da estrutura intermédia constituída pelas Sub-Regiões de Saúde. A estrutura dos ACeS inclui, além das USF e de órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, uma série de estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Embora, assentando na tríade clássica de profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo – os ACeS, englobam a intervenção de uma significativa rede multiprofissional (MS, 2012).

A saúde e os cuidados de saúde conduziram-nos assim a novos contextos, com uma crescente consciencialização e, consequentemente, com novas abordagens estratégicas que exigem enriquecimento cognitivo, prático e social dos profissionais de saúde.

Neste percurso, o Programa Operacional Saúde XXI permitiu o enquadramento internacional da inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem (OMS, 2002). A segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS – Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique (WHO, 2000), em junho de 2000, reforçou o contributo dos enfermeiros na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar. Assim, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) encontrou contexto e emergiu como campo de atuação autónomo e diferenciado da enfermagem comunitária, mas mantendo o enquadramento em CSP, pela natureza dos mesmos e transversalidade da família enquanto alvo de cuidados (OE, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) contribuiu com a publicação do regulamento n.º 168/2011 a 8 de Março, na 2.ª série do Diário da República (DR), onde emergiu a Especialidade em ESF (OE, 2011) e no seu processo de criação foi definido o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF), publicado em DR em regulamento n.º 126/2011, de 18 de Fevereiro (OE, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar será detentor de conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, a Enfermagem de Saúde Familiar, e demonstrará níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos em competências especializadas. A implementação de cuidados de saúde à família colocou a tónica

na parceria, na procura da participação de cada elemento e a exploração dos seus pontos fortes, num sentido de capacitar a família e potencializar os resultados alcançados (Figueiredo, 2012; OE, 2011; Wright & Leahey, 2012).

Como afirmação da vanguarda de Portugal nesta especialização e face à necessidade de um paradigma em Enfermagem de Saúde Familiar, foi adotado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012), um referencial teórico e operativo que é também um instrumento de trabalho promotor da abordagem sistémica e colaborativa da família.

No Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, foram estabelecidos os princípios e o enquadramento da atividade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar no âmbito das unidades funcionais de prestação de Cuidados de Saúde Primários (USF's e UCSP's) (OE, 2014). A Portaria nº 281/2016 reiterou a intenção política de aperfeiçoar a rede de recursos humanos no SNS, com foco no EEESF, onde é reconhecida a necessidade de um enquadramento profissional específico, titulação conferida pela OE, sendo criado um grupo de trabalho para o desenvolvimento e acompanhamento de boas práticas do EEESF (MS, 2016).

Na conjuntura atual, em que se coloca o foco na implementação do EEESF, surgiu a motivação para a frequentar este Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e no âmbito da unidade curricular estágio de natureza profissional, pertencente ao primeiro semestre do segundo ano, foi efetuado um estágio, na USF Rainha D. Tereza que localiza-se na cidade de Albergaria-a-Velha, cuja experiência profissional e vivência pessoal descrevo no presente relatório.

Este documento tem como principal objetivo a divulgação dos resultados obtidos no período de aprendizagem: em contexto clínico na USF Rainha D. Tereza, mediante a descrição e reflexão das competências desenvolvidas, com base no guia orientador de estágio e no perfil das competências específicas do EEESF; e na implementação do estudo de investigação em contexto de estágio, intitulado *“Construção da Parentalidade: O Papel do Enfermeiro de Família”*.

Em termos de estrutura, este relatório divide-se em três capítulos: a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências, que inclui a contextualização do estágio clínico de natureza profissional realizado e a reflexão sobre as competências de ESF desenvolvidas; o estudo empírico, que apresenta as fases do desenvolvimento do estudo qualitativo proposto; e a síntese conclusiva do relatório, uma análise crítica dos principais aspetos a reter, os contributos, os desafios vivenciados e as propostas de intervenção para as boas práticas do EEESF.

**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA
DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A expansão das competências propostas pelo plano de estudos, da unidade curricular de estágio de natureza profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da ESSUA, e de outras emergentes foi fomentada pelo contexto clínico em que se sucederam e que descrevo neste capítulo.

Este relatório diz respeito ao estágio desenvolvido na USF Rainha D. Tereza, no período compreendido entre 19 de setembro de 2016 e 23 de fevereiro de 2017, num total de 480 horas, sob a orientação da docente Professora Doutora Elsa Melo e a supervisão da Enf.^a Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária Ana Santos, constituindo um espaço de aprendizagem, desenvolvimento e aperfeiçoamento, que contribuiu para uma maior diferenciação profissional.

Esta USF pertence ao concelho de Albergaria-a-Velha e tem como área de influência as freguesias de Albergaria-a-Velha e Valmaior e Alquerubim.

Albergaria-a-Velha é uma cidade pertencente à região de Aveiro, com 158,83 km² de área e 24.528 habitantes (PORDATA, 2015). O município é limitado conforme demonstra a Figura 1, a norte pelos municípios de Estarreja e Oliveira de Azeméis, a leste por Sever do Vouga, a sueste por Águeda, a sudoeste por Aveiro e a noroeste, através de um canal da ria de Aveiro, pela Murtosa.



Figura 1: Mapa de freguesias de Albergaria-a-Velha e concelhos limítrofes

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Albergaria-a-Velha_freguesias_2013.svg

É constituída por seis freguesias, conforme ilustrado na Figura 1: União de freguesias de Albergaria-a-Velha e Valmaior, União de freguesias de São João de Loure e Frossos, Alquerubim, Angeja, Branca e Ribeira de Fráguas.

O município de Albergaria-a-Velha caracteriza-se pela sua atividade económica predominante no sector secundário com 56,2% da população ativa (PORDATA, 2011), inserindo-se numa região com fortes tradições industriais (fabricação de produtos metálicos, indústrias básicas de metais não ferrosos, indústria têxtil e indústria de madeira).

As freguesias de influência desta USF são: Albergaria-a-Velha e Valmaior com 47 km² de área, 10 568 habitantes e uma densidade populacional de 224,9 hab/km²; e Alquerubim com 15,36 km² de área, 2 381 habitantes e uma densidade populacional de 155 hab/km² (PORDATA, 2011).

A USF Rainha D. Tereza, em relação à sua natureza institucional, é uma das unidades funcionais da ARS Centro, e integra o ACeS Baixo Vouga. Segundo os dados colhidos da plataforma informática SINUS a 20 de setembro de 2016, dentro da sua área de influência dá resposta a 12.086 utentes inscritos e a sua população inscrita encontra-se representada na seguinte Pirâmide Etária (Gráfico 1):

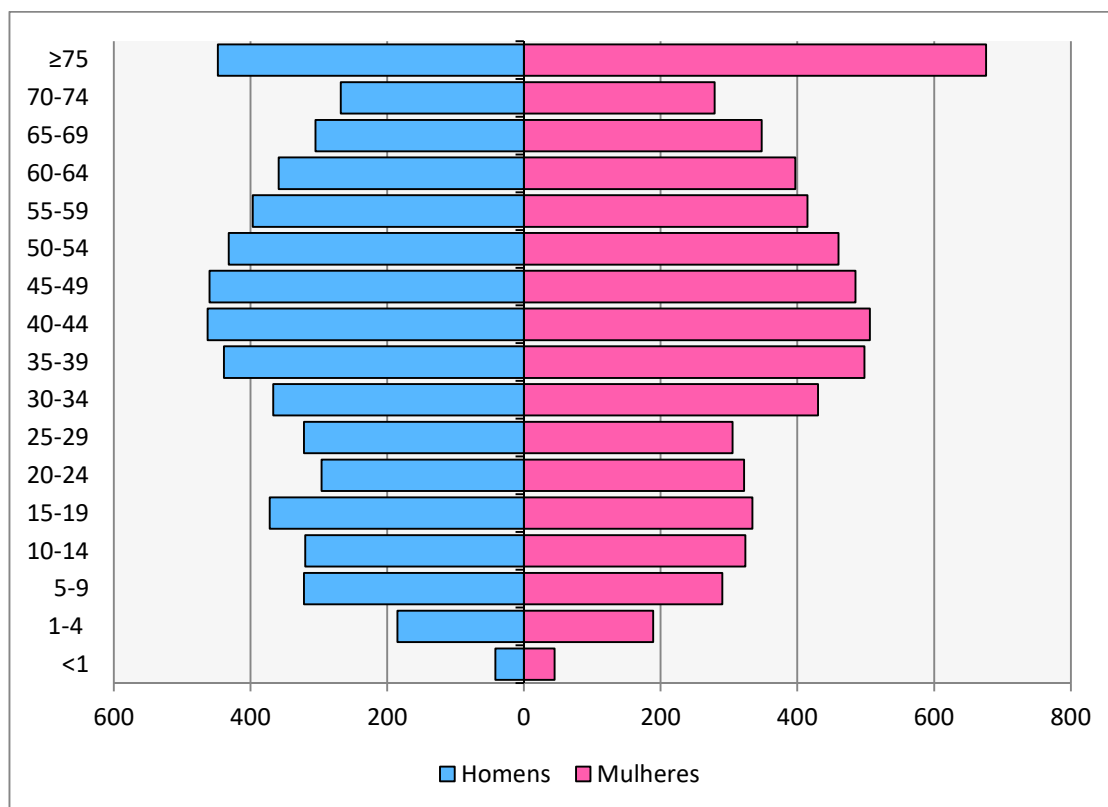


Gráfico 1: Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF Rainha D. Tereza
Fonte: SINUS a 20 de setembro de 2016

Um dos aspetos mais evidentes na pirâmide etária da população inscrita na USF Rainha D. Tereza (Gráfico 1) é a base retraída, refletindo a diminuição dos grupos etários mais jovens e o alargamento do centro superior e do topo, sendo o grupo mais numeroso o que compreende as idades com mais de 75 anos. Estes dados reproduzem o envelhecimento da população e aplicando a classificação de Sundbarg à população de Albergaria-a-Velha, verifica-se que esta é do tipo regressivo. Realça-se, ainda, o relativo alargamento da zona intermédia superior, que representa a população adulta não idosa e a não ocorrência de assimetrias marcadas ao nível do género, exceto no topo da pirâmide onde é evidente um predomínio do género feminino. Segundo os dados do INE (PORDATA, 2016), o seu índice de Envelhecimento em 2016 foi de 149%, o que vai de encontro à pirâmide etária da USF Rainha D. Tereza, e tem apresentado valores crescentes, uma vez que em 2001 foi de 89,5%. Este índice é semelhante ao de Portugal que é de 148,7% (PORDATA, 2016) mas mais elevado que o da União Europeia que é de 122% (PORDATA, 2015). O Índice de Dependência dos idosos correspondeu a 28,9% em 2016, verificando-se um aumento progressivo deste, pois em 2001 o seu valor foi de 22,5%. Por outro lado, a taxa de natalidade apresentou oscilações com tendência à diminuição, com 14,6% em 1981 e 7,3% em 2015 (PORDATA, 2016).

A USF Rainha D. Tereza desenvolve a sua atividade num único edifício, a sede, que partilha com a UCC de Albergaria-a-Velha e a consulta de atendimento complementar. O seu horário de funcionamento é das 08:00 às 20:00 horas de segunda à sexta-feira (dias úteis) e fora destes períodos os utentes que necessitam de cuidados devem deslocar-se às alternativas assistenciais (Atendimento Complementar, Centro Hospitalar Baixo Vouga, e Linha Saúde 24).

A equipa da USF Rainha D. Tereza é constituída por sete médicos com especialidade em medicina geral e familiar, sete enfermeiros dos quais quatro são especializados (dois em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e dois em enfermagem comunitária) e por cinco assistentes técnicos. Cada elemento dos diferentes grupos profissionais pertence a uma equipa de saúde nuclear, sendo atribuído um ficheiro com determinado número de famílias a cada uma delas. As áreas de intervenção da USF baseiam-se na sua carteira básica de serviços, e são: vigilância e promoção da saúde nas diversas fases de vida; saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente; saúde da mulher (nomeadamente saúde reprodutiva e saúde materna); vacinação; saúde do adulto e do idoso; cuidados em situação de doença aguda; cuidados prolongados em situações de doença crónica e patologia múltipla (nomeadamente consultas de diabetes mellitus e de hipertensão arterial); cuidados no domicílio; articulação e colaboração com outros serviços e especialidade. A consulta aberta/intersubstituição destina-se ao atendimento de situações agudas pelo próprio médico de família, ou por outro com disponibilidade de agendamento, no caso de ausência do médico de família ou quando este tem um número excessivo de utentes em consulta aberta nesse dia, e tem horário ao longo do período de funcionamento da USF para cada equipa de saúde, sendo de 30 minutos às 10 horas, 13 horas, 16 horas e de 2 horas às 18 horas (USF Rainha D. Tereza, 2015).

A USF e os seus utentes inscritos dispõem, ainda, de um vasto leque de serviços através da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). A URAP é uma unidade funcional do ACeS Baixo Vouga, com autonomia organizativa, funcional e técnica, prestadora de cuidados de saúde primários aos utentes da área de influência deste e é constituída por uma equipa de 9 técnicos de serviço social (sendo 1 da carreira de assistente técnico), 4 psicólogos, 3 nutricionistas, 1 médico dentista, 4 fisioterapeutas, 6 higienistas orais, 3 técnicos de radiologia e 1 ortoptista, perfazendo um total de 31 profissionais, que visa a prestação de cuidados assistenciais de saúde, de apoio social e de consultoria. Os utentes têm acesso ao atendimento/consultas dos profissionais que integram esta unidade, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos e através de referenciação feita pelo profissional de saúde da USF. Pelas suas características de funcionamento, a URAP partilha os seus serviços e competências com as restantes equipas do ACeS, complementando e enriquecendo as suas dinâmicas e projetos de intervenção (ACES BV, 2013).

Na sua carta compromisso (USF Rainha D. Tereza, 2015) a equipa atesta que a sua missão é prestar cuidados de saúde personalizados, com responsabilidade, em tempo útil; os seus valores são qualidade, acessibilidade, responsabilidade, respeito, dedicação, rapidez de resposta, transparência, ética e eficácia; apresentar uma visão dinâmica e dinamizadora da saúde, com o utente/família como participante e principal responsável pela sua saúde; a garantia da prestação de cuidados globais e continuados, nas instalações da unidade ou no seu domicílio, quando a situação o justifique.

Foi neste contexto do local de estágio que tive a oportunidade de desenvolver os seguintes objetivos delineados:

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente as determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- Concretizar um estudo empírico e elaborar o presente relatório de estágio (ESSUA, 2016).

Para auxiliar/orientar na aquisição de competências e na motivação, estabeleci os seguintes objetivos pessoais:

- Integrar a equipa de saúde da USF Rainha D. Tereza e contribuir para a continuidade dos cuidados, assim como para a sua excelência;
- Aprofundar conhecimentos científicos e relacionais;
- Contribuir para enriquecer os conhecimentos de ESF na equipa de enfermagem da USF Rainha D. Tereza;

No contexto da prática clínica, desenvolvi trabalho autónomo e atividades sob supervisão, que serão descritos no próximo capítulo, direcionados para o desenvolvimento de competências específicas do EEESF do art.º 4º do Dec. 126, enfatizando o cuidado à família como unidade de cuidados e a prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (OE, 2011).

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo pretende documentar o meu percurso formativo com evidências de resultado, mediante a descrição das atividades desenvolvidas para o desenvolvimento de competências e a autorreflexão sobre estas.

As unidades de competências desenvolvidas, sobre as quais apresentarei evidência de resultado no próximo capítulo, foram:

- Reconhecimento da complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica e única;
- Compreensão da família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- Desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;
- Avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;
- Reconhecimento de situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Implementação e avaliação de intervenções que promovam e facilitem as mudanças no funcionamento familiar (ESSUA, 2016).

O contexto de estágio na USF Rainha D. Tereza foi facilitador da aprendizagem. Contribuíram o acolhimento, a integração e a disponibilidade da equipa multidisciplinar, principalmente da equipa de enfermagem, particularizando na profissional que me supervisionou, a enfermeira Ana Santos. Foram determinantes a metodologia de trabalho segundo o modelo de equipa de família/enfermeiro de família e a minha experiência profissional na área de cuidados de saúde primários, também numa USF, o que elevou as expetativas e os objetivos definidos para esta unidade curricular, sendo uma mais-valia os conhecimentos prévios, as competências já adquiridas, a confiança e a autonomia na prestação de cuidados.

O meu processo formativo foi centrado na aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESF de cuidar a família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, com base no guião orientador de estágio (ESSUA, 2016) e no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar (OE, 2011).

O desenvolvimento da unidade de competência de **reconhecimento da complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica**, foi concretizado no contacto elevado com as famílias, frequente nos cuidados de saúde primários e com a prática baseada no pressuposto de que “a família é todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das parte” (Figueiredo, 2012, p.67). A minha procura e abertura promoveu a aproximação aos elementos individuais, aos seus subsistemas e às famílias, em particular, nas consultas programadas de vigilância, nas visitas domiciliárias e nos tratamentos continuados, proporcionando a compreensão das suas realidades, características estruturais, desenvolvimentais e funcionais, ou seja, a interação com as famílias favoreceu a visão da família em interação. Demonstrei esta competência nos diagnósticos elaborados de acordo com a singularidade de cada família, baseados na sua estrutura, nos seus objetivos e nos seus recursos e forças específicas, que só surgiram após a compreensão e reconhecimento da interação no sistema familiar e do sistema com o ambiente. De acordo com Figueiredo (2012), a compreensão do sistema familiar permite observar um sistema aberto, de inter-relações recursivas, num contexto de instabilidade, intersubjetividade e complexidade.

A importância das famílias é relatada na revisão e extensão a 2020 do Plano Nacional de Saúde (MS, 2015, p.19) que, dando cumprimento às orientações da OMS, reforça que *“Os settings a privilegiar variam, assim em função do ciclo de vida, incluindo a família, a escola, a universidade, o local de trabalho, os locais de lazer, os lares de idosos e as unidades de prestação de cuidados saúde. Em conjunto, estas abordagens orientam a sociedade e os cuidados de saúde para a avaliação de necessidades e oportunidades de intervenção ao longo da vida, realçando momentos especiais como o nascer, o morrer e outros momentos como a entrada para a escola, o primeiro emprego, o casamento, o divórcio, a reforma, entre outros, que representam oportunidades de educação para a saúde, bem como ações de prevenção da doença”*. Ou seja, reforça que o desafio de promoção de ambientes saudáveis está dependente de uma abordagem por “settings” do ciclo de vida, identificando intervenções adequadas para cada “setting” em cada etapa do ciclo de vida o que privilegia as famílias, assim como, os seus sistemas mais amplos.

No entanto, apesar de todas as evidências sobre a otimização dos resultados em saúde e bem-estar no “trabalho com as famílias” e focalizando a família como unidade de cuidados, constatei junto dos profissionais a sua dificuldade devido à falta de formação no âmbito da enfermagem de saúde familiar, nomeadamente na abordagem sistémica às famílias. A organização estrutural específica de cada família adquire especial impacto nos cuidados o que ressalta a necessidade de aprendizagem de teorias e modelos práticos neste âmbito para fazer face às alterações decretadas e vivenciadas nos cuidados de saúde primários, que promoveram a figura de enfermeiro de família e exigiram um novo papel com competências acrescidas, mantendo os mesmos profissionais sem que lhes fosse possibilitada formação a este âmbito que aumentasse

os conhecimentos dos enfermeiros em enfermagem de saúde familiar por forma a transitar da prática centrada no indivíduo para a prática com foco no coletivo, nas famílias.

Uma das situações que exponho como exemplo do contexto de estágio foi uma visita domiciliária de promoção de saúde, em equipa (médico de família e enfermeiro de família) a uma utente idosa, com obesidade mórbida, e de classe social baixa (Escala de GRAFFAR V) em que grande parte da entrevista foi dirigida por mim, e a utilização dos conhecimentos e dos instrumentos adquiridos na área da saúde familiar, permitiram aprofundar a compreensão da organização estrutural e funcional desta família. Foi possível investigar as dinâmicas e descobrir uma relação de triangulação mãe-filho-filha e uma aliança entre mãe e filho, em que o filho morava com a mãe e obedecia a todos os seus pedidos de fornecer alimentação pouco saudável (refrigerantes, bolachas e batatas fritas) pois a mãe fazia manipulação emocional, apesar de dispor do serviço de alimentação por parte do apoio ao domicílio. A outra filha que estava presente e preocupada é que durante o dia cuidava da mãe por não se encontrar a trabalhar e não conseguia prestar os cuidados desejados, porque esta não apresentava ânimo ou interesse em colaborar consigo. Esta filha entretanto iria também trabalhar e solicitou ajuda também por este motivo. De acordo com Figueiredo (2012, p.69) “os cuidados de enfermagem tomam por foco a promoção dos projetos de saúde da família, considerando a complexidade das interações num contexto de unicidade” e foi o conhecimento da complexidade desta família que permitiu fornecer as intervenções mais adequadas em educação para a saúde, em gestão de emoções, em apoio emocional, em motivação, e em recursos comunitários (Centro de Dia).

Em conclusão, reforço a importância da investigação em ESF, a divulgação do seu conhecimento, e a criação de contextos para a mudança de paradigma.

A segunda unidade de competência desenvolvida com o estágio relaciona-se com a **compreensão da família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital.**

Para atingir esta competência, identifiquei e atuei precocemente em situações determinantes para a saúde da família, nomeadamente, em famílias a vivenciar transições normativas do ciclo de vida (formação do casal, famílias com filhos pequenos, famílias com filhos na escola, famílias com filhos adolescentes e famílias com filhos adultos) e acidentais (família com diagnóstico recente de membro com cancro em fim de vida, famílias com diagnóstico recente de membro com doença crónica, famílias com doentes acamados, famílias com baixo rendimento económico, ...). Segundo Figueiredo (2012, p.51), “As famílias manifestam a sua individualidade pela forma particular como se desenvolvem ao longo do ciclo vital”.

Com o intuito de alcançar as unidades de competência propostas, desenvolvi a estratégia de estudo de caso, selecionando duas famílias. Para Figueiredo (2012), as tarefas subjacentes às transições normativas assentam em mudanças funcionais, estruturais e interacionais que

decorrem do desenvolvimento familiar ao longo do ciclo vital, e incidem em questões de conjugalidade, parentalidade e nas interações com a família de origem e sistemas mais amplos. Efetivamente os estudos selecionados foram, em termos normativos com particularidade acidental: uma família a vivenciar a adaptação à gravidez em idade tardia, com uma filha adolescente e em situação de desemprego; e outra família em transição para a parentalidade, com o nascimento de gémeos.

Perante uma transição normativa, segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000), o enfermeiro deve apoiar as famílias na sua adaptação utilizando estratégias de *coping* neste processo. Nesta oportunidade de desenvolver intervenções apropriadas às necessidades das famílias, os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais. Na minha atuação, no decorrer das consultas de vigilância de saúde materna e saúde infantil e juvenil, realizei entrevistas às famílias no sentido de compreender a sua realidade, a sua estrutura, as suas histórias, as suas experiências, os seus medos, as suas preocupações, os seus valores e costumes, e atuei nos problemas identificados e antevistos, de acordo com o ciclo vital.

Na adaptação à gravidez por parte da família em estudo, em situação simultânea com outras situações acidentais, foi determinante o estabelecimento da relação terapêutica que permitiu compreender a vivência da família, a normalização de sentimentos negativos associados à gravidez e a exploração dos seus recursos internos e externos. O estudo de Bispo (2015) demonstra que para a eficácia do enfermeiro de família na transição para a parentalidade é determinante a vertente relacional e uma abordagem holística. O envolvimento da filha adolescente que não aceitava o “novo” irmão foi gradual e, com a verbalização das expectativas, iniciou um processo de conscientização e aceitação, deixando de ignorar e esconder a gravidez da mãe e dotando este de identidade.

Na adaptação à parentalidade por parte da família em estudo com filhos gémeos a intervenção como enfermeira de família foi muito gratificante porque o conhecimento das tarefas próprias da etapa do ciclo de vida familiar permitiu antecipar motivos de stress, fornecer estratégias adaptativas eficazes, transmitir segurança, e investigar junto da família os seus problemas de transição prioritários, que no caso era a ansiedade da mãe e a falha de comunicação no casal, e as suas resoluções possíveis. A parentalidade é apresentada como um momento de crise que aumenta a vulnerabilidade familiar, principalmente nas famílias disfuncionais (Wright & Leahey, 2012) e deve ser, pelo olhar dos cuidados sistémicos do enfermeiro de família, motivador de mudança, de um novo padrão interaccional. No entanto, mesmo na construção da parentalidade é necessário estar alerta para as vulnerabilidades, pois muitas vezes os recursos familiares estão diminuídos e a intensidade do stress vivenciado pela família ultrapassa a sua capacidade de adaptação e reação. Concluindo, fiquei sensibilizada para a importância de observar os pais, de utilizar os conhecimentos acerca do ciclo de vida familiar na exploração e resolução dos

problemas percebidos e não percebidos pelas famílias, e de avaliar a satisfação conjugal e o stress parental recorrendo a instrumentos validados por forma a valorizar as mudanças sofridas na qualidade de vida e na saúde mental e a fundamentar as intervenções do EEESF.

Para **desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo**, atentei principalmente nas famílias com as quais realizei estudo de caso e, esporadicamente, em outras situações circunstanciais que assim o exigiram e que acompanhei.

A família apresenta-se como um contexto social singular, temporalmente transversal, com novas configurações geradas pela evolução da sociedade, com previsibilidade devido as suas etapas e tarefas que acompanham o ciclo de vida familiar, com adaptação flexível nos processos de saúde-doença e nas crises imprevisíveis. Figueiredo (2012, p. 2) reforça a importância da família e das suas propriedades nos cuidados de saúde afirmando que *“A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como unidade dotada de energia com capacidade auto-organizativa”*. O resultado final mais importante de “trabalhar com a família” é a autossuficiência, e o meio utilizado é o trabalho em conjunto para as intervenções criadas através da compreensão profunda da família.

O estágio reforçou, para mim, mestrande, e para a equipa da USF Rainha D. Tereza, a importância de a família ser integrada no processo de cuidar tornando-se aliada dos profissionais, evidenciando o impacto do *empowerment* no fortalecimento da família para o desempenho das suas tarefas e, também no aumento da confiança e da satisfação dos profissionais de saúde, experienciando a eficácia e significância da sua prática. Wright & Leahey (2012) designam o nível sistémico por “enfermagem de sistemas de família”, que definem como sendo um nível que se centra em toda a família como unidade de cuidados e eu em todo o percurso, durante os cuidados imediatos, as consultas de vigilância dos grupos vulneráveis/de risco, nos cuidados domiciliários e na articulação com a equipa de saúde procurei a excelência deste nível.

O planeamento das intervenções foi realizado em conjunto com as famílias, e foram identificados 3 objetivos gerais para as intervenções com enfoque na família (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2012):

- 1 – Ajudar as famílias a enfrentar os desafios das crises no ciclo de saúde-doença;
- 2 – Mobilizar o apoio da família;
- 3 – Reduzir a hostilidade e sofrimento intrafamiliar.

Ocorrendo os estudos de caso em famílias a vivenciar a adaptação à gravidez e à parentalidade, e o meu estudo na construção da parentalidade, focalizei principalmente as minhas intervenções

e reflexões na coparentalidade. Trabalhei com as famílias promovendo e criando contextos facilitadores da conjugalidade e parentalidade, na prática diária, no acompanhamento da grávidas e crianças, cativando os pais e outros familiares para a consulta, envolvendo ambos os cônjuges nos ensinamentos realizados, trabalhando com direccionalidade e abrangência, suscitando crise, identificando problemas, fazendo emergir soluções na relação de parceria e procurando a mudança para padrões associados a parentalidade e conjugalidade saudável que demonstrem compromisso e a melhoria do bem-estar percebido. Dou o exemplo do caso dos pais de gémeos em que a presença dos dois elementos da família ao longo das consultas permitiu compreendermos que o problema prioritário da família era a saturação materna e a comunicação familiar não eficaz comunicação no casal, e delinearmos estratégias possíveis de resolução, como realizarem atividades em casal e dialogarem sobre o casal e sobre cada um, permitirem-se a eventos sociais, utilizarem os seus recursos por forma a terem tempo para repouso e lazer. Em consultas posteriores, a mãe veio acompanhada por outros elementos da família e referiu que já conseguia: gerir o tempo para poder cuidar de si, ter momentos de lazer e socialização e delegar algumas funções parentais sem sentimento de culpabilização.

Neste contexto, a motivação para a pesquisa bibliográfica nestas áreas foi uma constante, induzindo-me na exploração de conceitos, teorias e práticas, e reconheço que estas aprendizagens permitiram-me evoluir para um nível de excelência durante este estágio. Destaco ainda que o processo de cuidados em colaboração foi facilitado pelas competências comunicacionais, pela visão holística e sistémica das famílias e pela continuidade da relação terapêutica que favoreceu a aproximação e o recurso dos elementos para os cuidados de saúde, o que permitiu alcançar esta unidade de competência.

A quarta unidade de competência desenvolvida centrou-se na **avaliação, qualquer que fosse o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento.**

Uma das fases do processo de enfermagem à família explorado e desenvolvido neste contexto foi a avaliação familiar. Segundo Figueiredo (2012), autora do modelo de avaliação adotado pela OE, a própria natureza dos CSP permite que todas as famílias sejam suscetíveis de avaliação, e esta permite a identificação dos seus recursos e forças, assim como as necessidades, congruentes com a sua unicidade, para o planeamento de intervenções ajustadas. Nesta fase do processo, foi importante o estabelecimento da relação terapêutica e o estímulo à participação da família, com o convite à presença do maior número possível de elementos. Procurei conhecer a perceção de cada elemento sobre a sua família nas suas dimensões avaliativas fundamentais: estrutural, desenvolvimento e funcional.

Sendo uma prática nova para mim, como profissional e aluna, exigiu que aprofundasse conhecimentos recorrendo à pesquisa bibliográfica e que compilasse instrumentos de avaliação

familiar a utilizar (genograma, ecomapa, escala de GRAFFAR, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, APGAR familiar, Escala FACES II). Também, neste sentido, aproveitei as famílias em estudo, a vivenciar transições do ciclo de vida familiar normativas e acidentais, e com necessidade de recorrer frequentemente às consultas de enfermagem, por forma a realizar entrevistas e aplicar o MDAIF (Figueiredo, 2012) para dar resposta aos objetivos delineados.

Nesta fase refleti sobre a importância da avaliação familiar e compreendi que permite conhecer as diversas facetas das famílias, ou seja, seu movimento constante. Em ambos os casos, concluí que uma avaliação não sistematizada conduz a intervenções desadequadas, pois após a avaliação familiar nestes estudos de caso, o plano de cuidados foi individualizado, focalizado e abrangente, incluindo os vários elementos. O número de focos foi mais reduzido, pois a avaliação eliminou diagnósticos dirigidos a problemas não existentes, a conhecimentos demonstrados e a adaptações adequadas.

Outro espaço utilizado para aprofundar conhecimentos e fortalecer a utilização desse referencial foi a metodologia de investigação utilizada, no momento da entrevista semiestruturada.

A inserção desta unidade de competência na minha prática propiciou o aprofundamento da metodologia de avaliação e a implementação do cuidado à família alicerçado na teoria sistémica.

Para alcançar o **reconhecimento de situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar**, observei, questionei e interagi com famílias que se encontravam em “crise”, e de forma mais complexa, como famílias multiproblemáticas, nomeadamente com situações concomitantes de transições (por exemplo, diagnóstico recente de doença terminal, gravidez não desejada, desemprego e filha adolescente; ou baixo rendimento, obesidade mórbida e dependência).

Nestas situações, baseei a minha prática nas evidências identificadas por Wright & Leahey (2012), que referem a necessidade de manter a avaliação familiar, em qualquer situação, apresentando capacidade de reunir todas as informações numa avaliação integrada, para sintetizar as informações e não ser impedida pela complexidade. Observei que existem elementos das famílias que mantêm o receio de procurar os cuidados de saúde, nomeadamente os homens que não acompanham a mulher grávida às consultas de saúde materna, exigindo por parte do profissional um convite mais personalizado. Convidei pais, filhos, maridos e amigos a participar nas consultas. As narrativas de cada elemento permitiram por si só, a ascensão dos pontos fortes e recursos das famílias e a normatização de sentimentos e a compreensão, pelos outros, das vivências pessoais. A gestão da entrevista tornou-se mais trabalhosa, exigiu mais habilidades comunicacionais, preparação e treino. Segundo Schwartz et al (2009, p.121), *“O profissional deve levar à reunião recursos relevantes como lista de instituições, números de telefone, panfletos que poderão auxiliar nas interlocuções com a família, etc. Ao trabalhar com a família, é salutar o profissional criar um contexto de confiança mútua, esclarecendo expectativas*

sobre o seu papel junto a ela, bem como colaborar na tomada de decisões e promoção e manejo da saúde". Neste sentido, procurei desenvolver as minhas habilidades para a entrevista, realizando a preparação prévia dos temas a serem explorados por forma a utilizar as questões reflexivas simultaneamente como método e intervenção. Nomeadamente, no caso de uma família com filhos adolescentes que atravessava múltiplas crises, uma adaptação à gravidez (não desejada) e uma situação de desemprego e de baixo rendimento, procurei previamente conhecer os recursos sociais existentes junto da equipa de enfermagem, da câmara municipal de Albergaria-a-Velha e dos recursos comunitários. Esta preparação demonstrou-se muito útil, em conjunto com a família analisamos das alternativas conhecidas quais as já procuradas/utilizadas e quais as disponíveis e apropriadas, potenciando as expectativas desta e orientando as suas ações. Neste caso, ao elogiar as competências e os pontos fortes desta família, fornecendo uma nova visão mais positiva sobre si mesmos, criei um contexto para a mudança, promovendo a motivação para a descoberta das suas próprias soluções.

Concluo, assim, que o estatuto de especial complexidade de uma família, não anula a perspetiva da linearidade, e poderá constituir um importante contributo no entendimento dos sistemas complexos, tais como as organizações e famílias, e permitiu a compreensão de como acontece, como promover a transformação, como ser significativa, como envolver-me para fazer acontecer.

A implementação e avaliação de intervenções promotoras e facilitadoras de mudanças no funcionamento familiar foi otimizada pela mobilização de saberes, pela autonomia gradual na intervenção e pela aplicação do MDAIF, nos estudos de casos, pois otimizou o trabalho com as famílias, permitindo aprofundar conceitos abrangentes das famílias e a sua avaliação estruturada. Uma dificuldade sentida foi a necessidade de tempo para incorporar esta metodologia na prática com as famílias na organização da colheita de dados e na sua posterior análise. No sentido de a superar, após a seleção dos estudos de caso e o seu consentimento informado, com a colaboração da Enfermeira Ana, agendamos as suas consultas para horário em que estivesse presente e com condições para a realização das entrevistas. Esta preparação prévia permitiu uma colheita mais eficaz e eficiente, e a aproximação da família para o estabelecimento da relação terapêutica. O MDAIF permitiu a avaliação e compreensão da família sem a necessidade de desenvolver todas as categorias e subcategorias.

Figueiredo (2012, p.135) refere que “ *Face aos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções conducentes à mudança, deve considerar primordialmente as forças da família, no sentido de que a mudança seja percecionada como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano*”. Neste sistema único que é a família, estabeleci parceria de cuidar na realização das consultas de enfermagem no âmbito da saúde materna e da saúde infantil e juvenil, o que permitiu-me acompanhar as famílias, propondo diagnósticos e intervenções junto desta para a resolução dos principais problemas detetados. Estas intervenções foram nomeadamente no ajuste das tarefas, do ciclo de vida familiar, inerentes à

adaptação à gravidez e ao papel parental, na negociação da participação dos elementos das famílias, no encaminhamento para a utilização de recursos comunitários, na normalização de sentimentos de tristeza, ansiedade, medo, sobrecarga e stress, na educação para a saúde, na promoção da saúde mental, na antecipação de problemas normativos, na capacitação das famílias com estratégias de coping.

Em relação à avaliação dos resultados, Figueiredo (2012, p. 178) apresenta um processo cíclico pois, *“A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e nos critérios anteriormente identificado para a formulação dos diagnósticos”*. Ao intervir em colaboração com a família, estes resultados também foram de seu conhecimento e aceitação, a sua capacidade de resolução dos seus problemas permitiu a interrupção do trabalho e o ajuste dos diagnósticos, permitindo planos interativos atuais, ajustados às famílias e ao contexto em que se inseriam.

Wright & Leahey (2012) consideram que de facto, nos últimos anos a postura dos enfermeiros com as famílias tem-se inclinado a um relacionamento mais colaborador, consultivo e não hierárquico, conferindo-lhes um maior *status*, habilidade, igualdade e respeito. Dentro deste contexto, observei que existe ainda um caminho a percorrer e emergiu no meu pensamento a necessidade de mudança de paradigma manifestada pelos profissionais através da necessidade de conhecimentos e treino, num predomínio de estratégias integrativas e de tendência para o compromisso. Neste sentido, propus, planeei (Anexo I) e realizei uma formação em serviço dirigida aos enfermeiros da USF Rainha D. Tereza, no dia 23 de fevereiro de 2017 com o tema “Enfermeiros de Família Confiantes - Famílias Seguras” (Anexo II), que permitiu dar resposta aos objetivos pessoais de aumentar os conhecimentos de ESF da equipa de enfermagem da USF Rainha D. Tereza, de envolver os enfermeiros nos cuidados de ESF e de aumentar a sua confiança. No decorrer da sessão foram abordados os seguintes temas: cuidar a família; papel do enfermeiro de família, trabalhar com famílias, avaliação da família, entrevista à família e intervenções com famílias. A equipa demonstrou-se bastante motivada para estes temas e apresentou as suas dúvidas, referindo que sentem como principais obstáculos à sua prática a falta de conhecimentos, a insegurança e a falta de tempo. Ao longo do estágio, os conhecimentos transmitidos à equipa de enfermagem e os resultados observados junto das famílias originaram uma crescente curiosidade e motivação da equipa para a área de especialização de enfermagem de saúde familiar.

Concluo, refletindo que a motivação pessoal, os conhecimentos e o treino abriram novas possibilidades para o meu trabalho com as famílias. Neste contexto de estágio, na prática de cuidados especializados ao sistema familiar, aumentei o conhecimento sobre as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento relativamente à família e verifiquei na prática a importância da visão sistémica e contextualizada de cada família. Demonstrei sensibilidade e conhecimento sobre como a família afeta e é afetada pelo

estado dos seus membros e pelo seu contexto, concebendo uma prática colaborativa com as famílias, com objetivos adequados às suas forças e recursos e dentro de uma estrutura de tempo realista. Constatei a necessidade de intervenções, antes da abordagem dos problemas no que se refere ao sistema familiar, com o objetivo de promover a relação terapêutica e a compreensão da família. A reflexão sobre a família e com a família exigiu empenho e destreza, mas foi nesta capacidade de pensar no cuidado de forma sistêmica e interaccional que elevei a minha prática, do individual para o familiar, e adquiri de forma consistente e com qualidade as unidades de competência de EEESF requeridas.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente trabalho com o tema “Construção da Parentalidade – O Papel do Enfermeiro de Família”, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional, inserida no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da ESSUA e teve contexto na USF Rainha D. Tereza.

O estudo aborda a família no seu momento vital de ampliação do subsistema conjugal ao parental e a este âmbito um vasto leque de estudos têm demonstrado que este marco, o nascimento do primeiro filho, impõe, de forma irreversível, mudanças drásticas na auto-perceção, na relação conjugal e nas interações familiares (Andrade, Martins, Angelo, Santos, & Martini, 2014; Bleidorn, Buyukcan-Tetik, Van Scheppingen, Denissen, & Finkenauer, 2016; Chong & Mickelson, 2016; Kohn et al., 2012; Soares, 2008; Soares, 2011; Van Scheppingen et al., 2016). Segundo a perspetiva sistémica da família, dentro do ciclo de vida familiar acredita-se que a transição desenvolvimental para a parentalidade é uma das mais significativas mudanças.

É um período envolto de expectativas (Biehle & Mickelson, 2011) que traz instabilidade ao relacionamento conjugal (Chong & Mickelson, 2016; Kohn et al, 2012), os novos pais deparam-se com uma realidade completamente diferente, necessitam de fazer muitas renúncias, tanto da vida social quanto da própria condição de filho ou filha, pois no papel de pai e mãe passam a ter uma adequação psicológica a cumprir. A adaptação ao novo membro é promotora de grandes mudanças em todos os elementos da família e assinala o início de uma nova fase do ciclo vital.

Também é atual, e importante, estudar a parentalidade devido às diferentes configurações familiares atuais, distintas da família tradicional e alargada, e às grandes mudanças nos papéis dos membros familiares. Encontram-se desafios no assumir da responsabilidade de cuidar dos filhos quando os recursos financeiros e familiares são escassos e os contextos laborais são mais exigentes; assim como nas diferenças de género em relação às expectativas e à perceção da responsabilidade acrescida (Wright & Leahey, 2012).

Ainda é relevante o impacto da parentalidade para o subsistema conjugal e as diferenças de género. O género tem um papel importante no cuidado de saúde da família, especialmente com crianças, são as mulheres, esposas e mães que suportam o peso da responsabilidade de cuidar da família e da maior parte dos encargos do trabalho doméstico, apresentando também níveis mais elevados de stresse e ansiedade (Wright & Leahey, 2012). Para Navarro (2007), os estudos centraram-se na relação mãe-filho, colocando o pai como espectador, subestimando seus sentimentos e o seu papel na qualidade desta etapa. Por outro lado, nos últimos anos a pesquisa na área da parentalidade foi alargada, além dos pais e casal, para a criança, assim a parentalidade assume maior relevância na atualidade por ter repercussões, não só na saúde e bem-estar dos progenitores, mas também ao nível do desenvolvimento físico e emocional da criança (Brazelton, 2007).

Direcionando para o impacto do papel do enfermeiro nesta transição, está empiricamente demonstrado que a intervenção terapêutica apresenta efeitos positivos e características específicas neste momento em que os cônjuges deixam de ser apenas um casal para “tornarem-se pais”. Neste cenário enquadra-se o papel do enfermeiro de família, oportunidade esta reforçada com a premissa de Wright & Leahey (2012, p.45) de que “é responsabilidade do enfermeiro facilitar o contexto para a mudança”.

O estudo respondeu à questão norteadora da investigação: “Como é vivenciada a transição para a parentalidade pelos pais inscritos na USF Rainha D. Tereza, durante os primeiros seis meses de vida do primeiro filho?”. A colheita de dados decorreu de outubro de 2016 a fevereiro de 2017, durante as consultas de saúde infantil na USF Rainha D. Tereza. O tempo de duração do estudo foi de 12 meses.

Esta parte do relatório, que se refere ao estudo empírico encontra-se estruturada em cinco subcapítulos: enquadramento teórico, metodologia, apresentação dos resultados, discussão e conclusões do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico apresenta a conceptualização/definição de um tema ou um domínio de investigação, tendo início quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua investigação. Para Fortin (2009), conceptualizar refere-se a “um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo”. Neste sentido, o presente subcapítulo assume a seguinte organização: abordagem inicial sobre o ciclo de vida familiar e a transição para a parentalidade, exploração da vivência da parentalidade com o nascimento do primeiro filho; e o âmbito de intervenção do EEESF.

2.1. Ciclo de Vida Familiar – Transição para a Parentalidade

A família é considerada como elemento fundamental de ordem social. Na procura da definição de família verifica-se que o termo foi sujeito, ao longo dos anos, a várias adaptações, assim como a própria se reinventou face à evolução da sociedade. Novos conceitos de família, novas composições e funções, diferentes interações e organizações manifestam as alterações socioeconómicas, políticas, culturais e demográficas vividas, e a instituição familiar é encarada como um todo que integra contextos mais vastos como a comunidade em que se insere (Walsh, 2016). Na sua essência, a família é definida como grupo ou unidade social, como um todo sistémico, em que os seus membros coabitam ligados por uma ampla complexidade de relações interpessoais (Wright & Leahey, 2012).

Uma conspeção mais abrangente fornece uma perspetiva ecológica e desenvolvimental da família apresentando-a como um sistema transacional que funciona em relação com o seu contexto sociocultural mais amplo e que se desenvolve ao longo do ciclo vital familiar multigeracional (McGoldrick, Carter, & Garcia-Preto, 2011; Walsh, 2016).

A teoria de Enfermagem de Afaf Meleis propõe como conceito central as transições que as pessoas vivenciam face aos acontecimentos de vida. É uma estrutura teórica expandida que consiste em: tipo e padrões de transição, características das experiências de transição, contextos da transição (facilitadores e inibidores), indicadores processuais; indicadores de resultados esperados, assistência de enfermagem. Inclui a experiência do doente numa única transição ou em múltiplas transições (Meleis et al., 2000). Os estudos de Meleis et al. (2000) investigaram experiências de transição (maternidade, menopausa, desenvolvimento de doenças crónicas, o papel do familiar cuidador), que permitiram desenvolver uma teoria formal. Apesar das transições serem vividas de forma diferente de pessoa para pessoa, é possível definir três fases durante a transição: a de entrada, a de passagem e a de saída. Segundo Meleis é, ainda, possível agrupá-

las em diferentes tipos: *“life cycle, situational, and health-illness”*. Hoje em dia também se considera a Organizacional como quarto tipo de transição.

A teórica Meleis (2010) desenvolveu a teoria das transições que alicerça os processos de transição ao longo do ciclo familiar, pressupondo que o indivíduo está em constante interação com o meio envolvente e tem a capacidade de se adaptar às mudanças, mas experimenta desequilíbrio pois é este que coloca as pessoas na iminência de uma transição. As transições de desenvolvimento estão relacionadas com mudanças que ocorrem no âmbito do “ciclo de vida” e pode ser abordado de dois pontos de vista diferentes: o individual e o familiar. O individual está direcionado para o desenvolvimento pessoal, o familiar para o desenvolvimento das relações entre família. Estas transições incluem o nascimento e maternidade, a adolescência, a menopausa, o envelhecimento e a morte e a mais estudada pelos investigadores tem sido a da maternidade, a nível individual, e o vínculo pai/mãe-filho(a), a nível familiar.

Em relação aos padrões, as transições podem ser classificadas como simples ou múltiplas, podendo as últimas ainda ser caracterizadas em sequenciais, simultâneas e relacionadas ou não relacionadas. Entende-se como uma transição simples aquela que apenas ocorre uma vez na vida do indivíduo. Porém, raramente uma pessoa vivencia apenas uma transição, sendo difícil passar por este, uma vez que uma mudança implica outros reajustes além da aparente designando-se assim transições múltiplas. Quando ocorre mais que uma alteração ao mesmo tempo e existe uma ligação entre elas, está-se perante transições múltiplas sequenciais. Habitualmente nestes casos uma mudança desencadeia outra. De acordo com o grau de sobreposição entre as transições as transições múltiplas podem ainda ocorrer ao mesmo tempo, isto é, simultaneamente, podendo a sua natureza estar relacionada ou não (Meleis, 2010).

Compreender as propriedades de um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas. As transições são complexas e multidimensionais, apresentando propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos.

A **consciencialização** correlaciona-se com a perceção, o conhecimento e a reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciência reflete-se, geralmente, no grau de coerência entre saber sobre os processos e respostas esperadas e as perceções da população que vivenciam transições equivalentes. A consciencialização constitui uma característica definidora da transição, e que a falta de consciência da mudança poderá significar que um indivíduo não desencadeou a experiência de transição (Meleis et al, 2000).

O grau de consciencialização influencia o grau de **envolvimento**, porque a pessoa só pode se envolver depois de ter noção da mudança. O nível de envolvimento de um indivíduo que identifica as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será distinto daquela em que tal não acontece.

Todas as transições envolvem **mudança**, mas nem todas as mudanças relacionam-se com transições. As transições podem ser o efeito da mudança e podem reverter em mudança. Sendo assim, é fundamental conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreender inteiramente o processo de transição. Nas dimensões da transição estão incluídas a natureza, temporalidade, importância ou gravidade atribuída, e as expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode relacionar-se com eventos críticos, quebra nas relações, rotinas, ideias, percepções e identidades. A diferença é uma outra propriedade das transições associada à mudança. Destina-se às expectativas não satisfeitas ou discordantes, diferentes sentimentos, ou ver o mundo e os outros de outra forma. Porém, a diferença nem sempre leva à necessidade de mudança do comportamento.

As transições são também descritas pelo **espaço de tempo**, isto é, pelo fluxo ao longo do tempo. Ou seja as transições sucedem-se num intervalo de tempo no qual se diferencia o fim. Este prolonga-se a partir dos sinais iniciais de previsão, percepção ou manifestação de mudança, passando por períodos de instabilidade, confusão e *stress* até a um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade. Todavia, na avaliação da experiência de transição, é indispensável considerar a possibilidade de variabilidade ao longo do tempo, já que pode ser necessário a reapreciação dos resultados.

Certos estudos sobre as múltiplas transições destacam que a maior parte das transições abrangem eventos críticos ou pontos de viragem. Meleis et al (2000) refere que estes pontos são também uma propriedade do processo de transição e estão geralmente ligados com a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição.

Neste estudo, focamo-nos na transição para a parentalidade, compreendida como um momento de crise normativa no desenvolvimento que ocorre após a transição para a conjugalidade, com a chegada de uma criança, e a estrutura anteriormente exclusiva do casal precisa promover diversos ajustes com maior envolvimento emocional e desafios às tarefas de ser pai e mãe.

A parentalidade é um constructo complexo de se definir e é um termo com uso relativamente recente. É definida na versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como *“Tomar Conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (CIPE, 2011, p.69). Implica que os protagonistas desenvolvam o papel parental que é definido pela CIPE (2011, p.69) como o *“Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de*

comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente”.

Para Cruz (2013), a parentalidade é um conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais junto dos seus filhos no sentido de promover seu desenvolvimento de forma mais plena possível, recorrendo aos recursos da família e da comunidade. Este autor encontrou cinco funções da parentalidade no seu estudo:

- Satisfazer as necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde;
- Disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível, com espaços, objetos e tempos que possibilitem a existência de rotinas;
- Responder às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares, sendo através dos pais que eles entram em contacto, conhecem e interagem com o mundo físico e social que o rodeiam;
- Satisfazer as necessidades de afeto, confiança e segurança, através da construção de relações de vinculação;
- Responder às necessidades de interação social da criança e sua integração na comunidade, sendo a família o primeiro contexto de socialização.

As tarefas da família na adaptação desejável à parentalidade, segundo Wright & Leahey (2012), são: o ajuste do sistema conjugal para dar espaço ao filho; a união das tarefas de educação dos filhos, financeiras e domésticas, em que o casal discute e partilha uma forma satisfatória de lidar com as múltiplas responsabilidades para não sobrecarregar o parceiro; o realinhamento de relacionamentos com a família extensa para incluir os papéis de pais e avós.

Alguns fatores são considerados como facilitadores desta mudança: o conhecimento do casal sobre as etapas anteriores, a partilha e cumplicidade entre o casal, e a relação com a família origem (Rebello, 2011). Contudo, a adaptação à parentalidade não é desenvolvida de igual forma pelos indivíduos e mesmo sendo um acontecimento normativo, comum e habitualmente esperado e desejado, constitui-se como uma das mais dramáticas e intensas transições que o sistema familiar enfrenta (Martins, Abreu, & Figueiredo, 2017; Katz-Wise, Priess, & Hyde, 2010), suscetível de produzir desequilíbrio e aquisição de vulnerabilidades em consequência dos pais e da sua envolvência, face às múltiplas mudanças requeridas, poderem não apresentar respostas adaptativas congruentes, com preservação da sua capacidade de autodeterminação e gestão eficaz das suas necessidades, constituindo risco para a sua saúde e bem-estar, assim como para o saudável desenvolvimento físico e emocional da criança (Barroso & Machado, 2011; Hidalgo & Menéndez, 2009).

Concluimos que, a transição/adaptação à parentalidade integra a mudança de identidades pessoais e a transformação do relacionamento do casal, que se altera em unidade familiar, que em termos de *continuum* interativo remete para uma construção da parentalidade.

2.2. Construção da Parentalidade

O início da construção da parentalidade acontece mesmo antes da concepção, é a partir da história particular de cada indivíduo que se instaura ou não, a sua possibilidade. Cada criança, para seus pais, é possuidora de uma missão e apesar de todos os nascimentos serem importantes e singulares, o primeiro tem a particularidade de inscrever os pais, pela primeira vez, no mundo da parentalidade e tem significado diferente para o homem e para a mulher (Jager & Bottoli, 2011).

No que concerne ao casal, segundo Castoldi, Gonçalves, & Lopes (2014), a sua **envolvência** inicia-se na gravidez e as primeiras interações são cruciais para a formação de **vínculos** com o bebê, é a partir das características e comportamentos infantis que reavaliam as suas expectativas em relação ao bebê e aos seus próprios papéis como pais. Ajudam a organizar o mundo representacional formado a respeito do filho durante a gravidez e, deste modo, estão relacionadas com a constituição da maternidade e da paternidade, tendo em vista que a maneira como os pais vivenciam essa fase pode ter implicações nas relações estabelecidas e no modo como vêm o bebê.

A **percepção de ser pai/mãe** é enraizada na representação que o homem tem de si e das suas experiências passadas com seus próprios pais, por outras palavras, a nova família exerce influência sobre as famílias de origem, mas estas também exercem influências por meio das questões de transmissão transgeracional (Hanson, 2005; Soares, 2008; Vieira & Souza, 2010; Wright & Leahey, 2012). A este nível, observamos na atualidade devido às alterações da configuração familiar, um tipo de família nuclear/reconstituída/separada, com baixo número de elementos, onde a maioria dos jovens pais cresceu, que oferece escassas experiências e modelos parentais.

As representações parentais são individuais e, para Zornig (2010, p.456), iniciam-se “na infância de cada um dos pais, o nascimento de um filho produz uma mudança irreversível no psiquismo parental, podendo inclusive, auxiliar na retificação da sua história infantil”. As teorias sugerem que as transições do ciclo de vida familiar podem conduzir a mudanças na autoestima e na personalidade, pois são pontos de viragem do desenvolvimento que podem modificar, interromper ou redirecionar as trajetórias da vida alterando o comportamento, o afeto, a cognição ou o contexto (Bleidorn et al., 2016; Orth & Robbins, 2014; Soares, 2008).

Neste contexto, Hanson (2005, p.247) refere que “**O tornarem-se pais**” requer não apenas, aprender a cuidar, mas também, a desenvolver sentimentos associados à paternidade, e a capacidade de resolver problemas relacionados com esse processo.

A teoria de médio alcance, apresentada por Martins, Abreu, & Figueiredo (2017), evidencia que “*Ser pai/Ser mãe*” é:

- Um processo em construção na interação, com início no nascimento, uma força que possibilita a transformação pessoal dos pais, motivado para o cuidado da criança e a renovação de forças necessárias para a luta diária que representa a parentalidade;
- Um contínuo movimento de organização intra e interpessoal dos progenitores, que sobreleva a temporalidade da condição parental com uma reconstrução identitária;
- Uma progressão que se verifica no exercício do próprio papel, quando os progenitores respondem aos desafios da parentalidade e transitam de uma fase de desconhecimento e desequilíbrio para uma fase de competência e bem-estar;
- Mover-se por diferentes estádios de transição para a parentalidade.

As estratégias utilizadas pelos pais para lidar com a parentalidade e resolver os problemas do seu *self* são cruciais nesta construção e são determinadas por componentes cognitivos (de aprendizagem, tomada de decisão), relacionais (suporte familiar) e operacionais (partilha de tarefas, reorganização de rotinas, conciliação de papéis), assim a vivência de tornar-se um pai ou uma mãe é permeada por sentimentos que experienciam com o filho, com a família e com os amigos e por representações concebidas individualmente e como casal (Martins et al., 2017).

Houzel (2004) alude que a parentalidade pressupõe “tornar-se pai”, e considera três perspetivas para avaliar as funções parentais: o exercício da parentalidade; a experiência da parentalidade e a prática da parentalidade. O primeiro refere-se aos direitos e deveres jurídicos subjacentes ao papel parental. O segundo, ao desejo e à experiência consciente e inconsciente de vir a ser pai e de preencher os papéis parentais. A prática da parentalidade diz respeito às atividades que os pais desenvolvem junto dos seus filhos.

Outra perspetiva, a de Hoghughi (2004), subdivide a parentalidade em:

- Atividades parentais - conjunto de atividades necessárias para uma parentalidade suficientemente adequada que permitem assegurar a prevenção de adversidades que façam sofrer a criança e promover situações positivas que a ajudem ao longo da sua vida, nomeadamente nas dimensões de cuidado físico, emocional e social, controlo e disciplina, e desenvolvimento. Englobam a alimentação, a proteção, o vestuário, a higiene, os hábitos de sono, prevenção de acidentes e de doenças ou a sua resolução, um ambiente seguro e otimista, a socialização, a disciplina, a educação, as atividades de desenvolvimento e promoção de competências desportivas, artísticas e/ou culturais, a transmissão de valores, etc.;
- Áreas funcionais - principais aspetos do funcionamento da criança, nas dimensões de saúde física, saúde mental, comportamento social, educação e intelecto;
- Pré-requisitos - conjunto de especificidades necessárias para o desenvolvimento da atividade parental, onde se incluem o conhecimento e compreensão, motivação, recursos e oportunidades.

Existe um apelo a uma paternidade revestida de crescente responsabilidade pelo pai que antes era considerado somente o provedor do sustento do filho, e que começa a ser chamado na contemporaneidade, para exercer mais ativamente suas funções. Com isso, as relações de autoridade vão dando espaço, de forma gradual, a relações permeadas por afeto e negociações, possibilitando que pais e mães partilhem os cuidados e estreitem os vínculos afetivos com os filhos, de forma que a paternidade contribui para a rutura de estereótipos de uma masculinidade insensível e intocável (Vieira & Souza, 2010).

Um dos fatores que têm contribuído para estas alterações na vivência da paternidade é a ampla reestruturação dos direitos parentais dos últimos anos que vem alargando a sua duração e combinando maiores incentivos à partilha das licenças entre pais e mães. Os direitos exclusivos do pai trabalhador permitem: o direito do pai a três dispensas do trabalho para acompanhamento a consultas pré-natais; o direito a licença parental exclusiva do pai de 15 dias úteis obrigatórios seguidos ou interpolados, pagos a 100% da remuneração de referência, nos 30 dias seguintes ao nascimento do/a filho/a, cinco dos quais gozados de modo consecutivo imediatamente a seguir ao nascimento; e após o gozo desta licença, o pai tem ainda direito a 10 dias úteis de licença, pagos a 100% da remuneração de referência, seguidos ou interpolados, desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe (Direção Geral da Segurança Social, 2016). Desta forma, a proteção social na parentalidade tem apresentado medidas concretas no sentido de dar aos pais o direito de acompanhar de perto os primeiros momentos dos seus filhos.

Os estudos apresentam um “bebé ativo” que exige um “pai-ativo”, “o bebé do séc. XXI é um parceiro ativo das suas interações com o mundo e com seus objetos” (Zornig, 2010, p.465). Os comportamentos a demonstrar, incluem zelo para com o bebé e a manifestação de prazer em cuidar dele. Compreende-se em relação a esta temática, a evolução e contextualização do **papel parental adequado**. Este papel deve ser baseado no melhor interesse da criança, que tem de ser compreendido pelos pais e apoiado pelos profissionais (Lopes, 2012).

A satisfação com o papel parental pode aumentar com a **autoeficácia** para desempenhar as tarefas parentais e os pais mais satisfeitos com o seu papel cuidam mais eficazmente dos seus filhos, resultando num melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança (Hudson, Elek & Fleck, 2001; Nystrom & Ohrling, 2004).

Em relação ao papel parental adequado, para Lopes (2012), principalmente nos primeiros 6 meses de parentalidade, evidenciam-se as dificuldades sentidas pela maioria dos pais no exercício da parentalidade, sendo estas relacionadas com o papel parental, com fatores da criança, com fatores dos pais e com falta de recursos.

Em paralelo às dificuldades com o papel parental, é vivenciado um grande desafio pelo casal na adaptação da vida conjugal à nova realidade. Às interações estabelecidas no sistema nuclear

casal, com o nascimento do primeiro filho, crescem novas responsabilidades e tarefas para ambos os cônjuges, que origina sobrecarga e *stress*, refletindo-se em **insatisfação conjugal** fortemente documentada. A pesquisa de Kohn et al (2012) mostra que, em certas circunstâncias, níveis de satisfação relativamente baixos estão presente, pelo menos 2 anos após o parto. Para os indivíduos inseguros, a transição para a paternidade pode ser um período crítico que pode quebrar a satisfação conjugal e, eventualmente, alguns casamentos (Biehle & Mickelson, 2011; KHon et al, 2012).

Existe um decréscimo na satisfação conjugal, que não está só relacionado com as tarefas parentais mas também com as dissonantes expectativas e ausência de tempo destinado à vivência conjugal, sendo nomeada como uma das fases em que existe menor satisfação sexual (Biehle & Mickelson, 2012; Rebelo, 2011).

Outros dados justificativos são as, ainda corroboradas, desigualdades de género no mundo laboral e doméstico, não existindo uma participação simétrica nas tarefas do quotidiano, manifestas nos elevados níveis de stresse das mulheres quanto à relação trabalho-família (Biehle & Mickelson, 2012; Dew & Wilcox, 2011; Wright & Leahey, 2012). Elevado número de estudos concluíram que quando os novos pais perceberam a divisão do trabalho doméstico e das tarefas parentais como justa, vivenciaram maior satisfação nas suas relações (Biehle & Mickelson, 2011, 2012; Chong & Mickelson, 2016; Dew & Wilcox, 2011; Silva, 2016). Há sinais que indiciam o dissipar da fronteira que separa a paternidade da maternidade, com perspectivas de uma maior participação masculina nos cuidados dos filhos (Miller, 2011); no entanto, diversas investigações longitudinais realizadas demonstram um crescimento da diferenciação por género no decurso da transição para a parentalidade (Katz-Wise et al., 2010), denunciando disparidade entre o discurso dos novos pais (ideologia de maior igualdade nos papéis familiares e na divisão de tarefas do que a dos seus antecessores) e a prática (Miller, 2011).

Efetivamente, a mulher necessita de aprender a dividir com os homens as responsabilidades do cuidar, a dar oportunidades para o homem estar a sós com a criança e ser o seu cuidador primário, sem a interferência da ajuda de terceiros, que coíbe a sua aprendizagem e possui um papel importante como incentivadora por um homem mais envolvido, interessado e participativo nas questões subjetivas das relações, o que otimiza a qualidade de vida familiar (Bornholdt et al., 2007; Martins et al., 2017).

Na realidade, muitas famílias têm dupla carreira o que impõe **sobrecargas e dificuldades** na organização quotidiana da vida familiar e exige uma partilha das tarefas domésticas e dos cuidados aos filhos. O estudo de Andrade et al. (2014) indicou como principais efeitos negativos dos filhos nas relações familiares: o impacto financeiro; a sobrecarga de trabalho e falta de horas de sono; e a responsabilidade dos papéis.

Evidências têm demonstrado que para a preservação da conjugalidade, há que clarificar e ajustar expectativas, partilhar emoções e encontrar um reequilíbrio na relação, definindo limites e papéis, tendo em vista a evolução da família que irá continuamente acontecer, procurando soluções e recursos para cada momento (Biehle & Mickelson, 2012; Chong & Mickelson, 2016; Wright & Leahey, 2012).

A nova configuração familiar implica a redistribuição dos papéis entre os cônjuges e o seu envolvimento nas tarefas parentais (Altenburger, Schoppe-Sullivan, Lang, Bower, & Kamp Dush, 2014; Kuersten-Hogan, 2017; Simonelli, Bighin, & DePalo, 2013). A solução passa por os pais manterem o laço conjugal e conversas pessoais, para além das relacionadas com os filhos. Desta forma, a importância do apoio conjugal na satisfação relacional é denotada especialmente durante a transição para a parentalidade.

Para definir esta interação conjugal, Gordon & Feldman (2008) trouxeram o conceito de **coparentalidade** no sistema familiar como a qualidade da coordenação entre adultos quando ambos exercem a função parental. A vivência da coparentalidade depende da qualidade da relação até então e das expectativas de ambos. Para Walsh (2016), esta relação de coparentalidade pode ser pensada como um termostato que regula as perturbações no sistema e que amplia ou reduz os seus efeitos.

A coparentalidade inclui comportamentos sistêmicos entre pai e mãe com uma sincronia mútua, tais como solidariedade, hostilidade, competitividade, apoio e envolvimento. A coesão e suporte mútuo são facilitadores para ultrapassar o stress que irão experienciar. A pesquisa prévia estabeleceu a importância de coparentalidade, demonstrando que um maior acordo de parentalidade percebido por cada elemento do casal prevê uma melhor saúde mental e uma maior satisfação conjugal subsequente (Don, Biehle, & Mickelson, 2013; Lindblom et al, 2014). Os achados também sugerem que a relação de coparentalidade tem origem durante a gravidez com representações e comportamentos de coparentalidade pré-natal que superam a diferença durante a transição (Altenburger et al, 2014; Kuersten-Hogan, 2017; Simonelli et al., 2013). Embora vivenciem preocupações, mudanças e stress, tornam-se pais em parceria, e ao sentirem-se como parte de uma "equipa" a transição é facilitada (Don et al., 2013). Em suma, são as vivências de cada casal e de cada parceiro que determinam como será vivida a transição para a parentalidade com a construção de novos papéis e funções, coexistindo com as funções pertinentes na relação conjugal.

Relativamente às **condições facilitadoras e inibidoras**, estas reportam para recursos pessoais e comunitários (Meleis et al., 2000), que para Hoghughi (2004) são pré-requisitos para um bom desempenho do papel parental.

Os **recursos pessoais** são as qualidades parentais (abordagem interativa com a criança, sublinhando-se eventuais traços de personalidade na manifestação deste comportamento), as

competências parentais (adquiridas de modo formal, por exemplo, através de programas parentais e informal, recebidas, por exemplo, pelas suas próprias experiências ou observando outros pais), as redes sociais (presença, envolvimento e resposta dos outros, sendo eles amigos, vizinhos ou familiares) e os recursos materiais (recursos económicos necessários para a subsistência e para o desenvolvimento da criança) (Hoghugh, 2004).

No que diz respeito aos **recursos sociais**, reportam-se ao apoio emocional, apoio informativo, apoio físico e apoio de apreciação (Mercer, 2002) e abrangem os serviços de saúde, os projetos, os programas, os materiais e as estratégias (Lopes, 2012). Os recursos da categoria serviços de saúde são as consultas de vigilância, visitas domiciliárias, sessões no centro de saúde, atendimento nas necessidades dos pais e vacinação, os projetos e programas de apoio aos pais são, maioritariamente, de acompanhamento e educativos, durante a gravidez e primeiro ano da criança e os materiais e métodos utilizados são material de leitura, sessões educativas, terapia interativa, grupos de pais e meios de comunicação social (Lopes, 2012).

Em síntese, a rede social da família, os profissionais de saúde e educação e os recursos predominam como influências importantes no funcionamento familiar durante a construção da parentalidade.

2.3. O Papel do Enfermeiro de Família na Transição para a Parentalidade

Nas transições, o papel da família, é de estabilizador, através do processo de socialização, procurando produzir conformidade e adaptação à nova estrutura como um todo a que pertencem. Enfatizamos a utilidade de estudar as transições nas famílias, especialmente, porque elas sinalizam oportunidades de intervenções preventivas para fortalecer processos familiares normativos e facilitar a adaptação (Walsh, 2016; Meleis, 2010).

A pertinência deste conhecimento em enfermagem é reforçada por Meleis et al. (2000) para os quais os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias nos processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que provocam nas suas vidas, ajudando-os na sua preparação, facilitando o processo de aprendizagem de competências, em suma, promovendo respostas positivas.

Nesta conjuntura, a enfermagem de saúde familiar é extremamente relevante, pois a sua estratégia de cuidado à família pauta-se na preocupação com o sujeito e com o coletivo, com a sua singularidade, sua história, sua cultura e vida quotidiana e sua interface com o contexto familiar, o que poderá articular e auxiliar na potencialização das ações desse grupo e conhecer sua tipologia (Figueiredo, 2012).

Nesta perspectiva, o enfermeiro de família é o elemento fulcral para apoiar e promover a saúde das famílias nesta fase do ciclo de vida da transição para a parentalidade. O enfermeiro de F

família, como profissional que trabalha em contexto de proximidade com as famílias, assume nas competências o conhecimento de como os pais experimentam sua paternidade, a sua perspectiva, as suas necessidades e questões para ajustar as intervenções, prevenir situações de risco e promover a saúde dos indivíduos (Martins, 2013; Soares, 2011).

Evidências revelam que a prática dos complexos cuidados centrados na família, em relação terapêutica, de parceria, confiança e baseada nas forças e nos seus recursos, é central para capacitar os pais e promover o contexto de mudança (Aston et al, 2015; Bell, 2014; Silva, 2015; Wright & Leahey, 2012). O diálogo terapêutico é o coração da prática de enfermagem e neste âmbito reporta-se a uma série de intervenções de enfermagem familiar oferecidas em contexto de uma conversa e relacionamento entre enfermeiro e família usando competências especializadas (Wright & Leahey, 2012). É de realçar que existem vários modelos de enfermagem de saúde familiar, utilizando-se em Portugal o MDAIF de Figueiredo (2012); contudo, dentro das variações em cada um, todos têm como elementar a relação e a comunicação. A Associação Internacional de Enfermagem da Família (IFNA) desenvolveu recentemente uma Declaração de Posição para Competências Geralistas para Prática de Enfermagem Familiar (IFNA, 2015) e uma Declaração de Posição para Educação Pré-Licenciada em Enfermagem Familiar (IFNA, 2013) que destacam a importância central da enfermagem familiar no diálogo terapêutico.

A sua intervenção a este âmbito inicia-se na gravidez, o momento ideal para investir na preparação da parentalidade, conforme explana o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015), abordando as questões próprias de forma pró-ativa, no âmbito da educação pré-natal, com o objetivo de desenvolver confiança e promover competências na família para a vivência da gravidez, parto e parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas precoces da relação mãe/pai/filho. Para que tal aconteça, é importante que estabeleça uma relação privilegiada e de confiança com as famílias, durante o processo de gravidez, de forma a proporcionar um acompanhamento e a ter um conhecimento mais profundo das mesmas (Martins, 2013).

A Enfermagem de Saúde Familiar encontra, entre outras ciências, fundamento na terapia familiar, e quando o foco são as preocupações e necessidades dos pais, o trabalho terapêutico é canalizado para um processo dinâmico, permitindo uma exploração mais frequente e mais profunda da própria paternidade. A promoção da paternidade será realizada em relação no presente, em relação à angústia dos pais em lidar com a criança, bem como através de uma perspectiva passada: transmissão intergeracional, representações da família de origem dos pais e padrões de personalidade, tudo dentro do contexto da paternidade (Oren, 2011).

Na transição para a parentalidade são importantes, por parte do enfermeiro de família, as **intervenções precoces no apoio à adaptação parental**, conhecendo as necessidades dos pais (Meleis et al, 2000), com a finalidade de aumentar a autoestima, respeitar as crenças culturais, promover as interações pais/criança, incentivar a expressão de expectativas, motivar a aprendizagem de habilidades e compreender o funcionamento da família (Wright & Leahey, 2012).

É factual que a visão sistémica da família é uma premissa (Figueiredo, 2012); no entanto, a investigação continua a demonstrar que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, continuam a concentrar a sua intervenção na díade mãe-filho, sem proporcionar momentos que permitam a inclusão do pai. Torna-se importante promover intervenções que visem o desenvolvimento de consciência e comportamento crítico no pai, para que ele possa ser responsável em relação à sua participação ativa na vida da criança (DGS, 2015; Patrício, 2011).

Apesar da existência de programas de promoção e preparação para a paternidade em alguns países, nenhum foi projetado pelos enfermeiros, e quando a implementação de alguns desses programas na prática clínica foi examinada, verificou-se que a ação que favorece a mãe como a foco principal de cuidados, promovendo apenas uma parte dos subsistemas parentais, ou seja, a maternidade, perpetua na prática (Ramalhal, Lagarto, Matos, Cruz, & Ribeiro, 2013).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESF (OE, 2011), o EEESF utiliza métodos participativos que interessam e promovem a capacidade da família para os seus próprios cuidados de saúde. A este âmbito, a **capacitação** ocupa uma posição de destaque na **promoção das competências parentais**, uma vez que pode aumentar o poder e a autonomia pessoal nas relações e tarefas.

Na persecução do papel parental adequado, surgiram vários métodos direcionados para casais e famílias, com o objetivo de facilitar a transição e o processo de aprendizagem. De acordo com Lopes (2012), as estratégias, aplicadas à área de enfermagem, mais comuns com eficácia cientificamente comprovada são compromissos comunitários, sessões educacionais individuais e grupais, orientação escrita, livros e meios audiovisuais. Os grupos de apoio são formados por pessoas/famílias a vivenciar momentos semelhantes de transição ou aqueles que já passaram por esses momentos com sucesso. Isso permite partilhar experiências, sentimentos e dificuldades superadas durante o processo de adaptação à paternidade, fazendo da transição saudável uma realidade.

Atualmente, numerosa pesquisa tem explorado o efeito de intervenções na promoção da parentalidade e as suas determinantes, nomeadamente os programas de educação. O estudo de Vázquez, Ramos, Molina, & Artazcoz (2016) reforça a importância destas intervenções para reduzir o *stress* parental e o papel das determinantes sociais como preditores. Uma dessas

intervenções é a Visita Domiciliária (VD) pós-parto, amplamente aplicada em países europeus e americanos, e em fase de difusão no nosso país. A VD pós-parto, para Aston et al (2015), surge como uma estratégia efetiva, baseada na assertividade, que ao promover habilidades de parentalidade positiva melhora o bem-estar parental, concretamente através da redução do *stress*. No seu estudo, os mais beneficiados foram os pais mais vulneráveis (os desempregados e com baixa literacia) e com piores níveis de *stress* parental. Segundo o estudo nacional de Piteira (2016), a visita domiciliária constitui uma atividade de excelência na assistência à saúde exercida junto do indivíduo, da família e da comunidade, proporcionando um espaço privilegiado de promoção e educação com foco na família.

É de notar que, para que uma intervenção seja eficaz é importante ter em conta a família como um todo, envolvendo-a nos processos, bem como as suas preferências, prioridades e desejos e, aplicar instrumentos que permitam avaliar diversas dimensões da parentalidade, e que permitam caracterizar crenças e atitudes parentais (Figueiredo, 2012; Sawin, 2016).

Em conclusão, a perspetiva sistémica da enfermagem de saúde familiar na transição para a parentalidade proporciona intervenções com maior probabilidade de serem efetivas, com implicações para a prática de enfermagem com famílias. Elas são, nomeadamente: a necessidade e importância de assistir à família em transição como unidade de cuidado, o que implica conhecer como cada família cuida e identificar as suas forças, fraquezas, dificuldades e esforços para partilhar responsabilidades; focar-se na individualidade de cada progenitor, promovendo, simultaneamente, a interação e a coparentalidade entre o casal; atender às crenças culturais; reforçar a relação terapêutica, de um modo mais pessoal e comprometido; integrar, nas intervenções de enfermagem, o foco “estratégias adaptativas parentais” que podem ser adotadas para diminuir o impacto da transição; abandonar um cuidado meramente técnico e instrumental, incorporando o meio relacional e o contexto social nas práticas de cuidar; estender os cuidados de enfermagem à família alargada, de forma a prepará-la para intervenções adequadas e contextualizadas; conceber planos de intervenção mais ajustados às reais necessidades dos pais; valorizar os sentimentos experienciados e desenvolver estratégias para que sejam abordados; ajudar os pais a redefinir os seus papéis e a mãe, em particular, a aceitar a separação do filho e a integrar os seus cuidadores substitutos; ajudar a interpretar a comunicação não-verbal do bebé, solidificando a vinculação e a gratificação parental; integrar o tema “saber comunicar” nas consultas; e incrementar e reforçar a visita domiciliária ao longo do tempo (Martins et al., 2017). Os pais, na transição para a parentalidade, devem adquirir novos comportamentos para cuidarem dos seus filhos e conseguirem satisfação com o seu papel parental e o enfermeiro de família é um apoio primordial, significativo e eficaz.

3. METODOLOGIA

A metodologia científica é a sabedoria que permite através da sistematização dos processos desenvolvidos no decorrer de um estudo de investigação gerar conhecimento, deste modo, descreve os métodos e instrumentos utilizados para realização da pesquisa científica (Fortin, 2009). Neste capítulo, incluímos, por isso, toda a explanação e fundamentação no que diz respeito às opções metodológicas e ao processo heurístico seguido neste estudo.

Tipo de Estudo

Em investigação, a definição do tema a estudar, da questão norteadora e dos seus objetivos impulsiona o investigador para determinados métodos e de acordo com os definidos para o nosso estudo, para compreendermos as vivências dos pais, desenvolvemos um estudo exploratório-descritivo em que “ (...) o objetivo é examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem dúvidas ou que não foi abordado antes” (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006, p.99); transversal, porque a colheita de dados foi realizada apenas num momento; de natureza qualitativa porque “O paradigma de investigação qualitativa é a compreensão” (Streubert & Carpenter, 2011, p.11) e no estudo fomos orientados por objetivos de natureza descritiva indagando um grupo de pais sobre os quais efetuamos pesquisa aprofundada acerca de um problema específico, procurando saber o máximo sobre ele; e com metodologia fenomenológica, porque estudamos à riqueza da experiência humana e “o seu objetivo é descrever as experiências vividas, para melhorar clarificar” (Streubert & Carpenter, 2011, p.75).

Sujeitos Participantes

A população do nosso estudo foram todos os pais com os primeiros filhos a completar o sexto mês de vida entre outubro e dezembro de 2016. A seleção da amostra teve por base uma amostragem não probabilística de conveniência. Neste âmbito para Aires (2011), a amostragem foi intencional porque o investigador selecionou os sujeitos com critérios específicos. Após obter o consentimento da coordenadora da USF Rainha D^o Tereza, a Dr.^a Helena, e com a colaboração da Enf.^a Ana foi realizado um levantamento no sistema informático de todos os pais com os seguintes critérios de inclusão definidos:

- Pais inscritos na USF Rainha D. Tereza;
- Pais com o 1^o filho a completar 6 meses entre Outubro e Novembro de 2016;
- Pais utilizadores da consulta de saúde infantil.

Foram critérios de exclusão os pais: de gémeos; com mais de um filho; que não falavam a língua portuguesa.

Conhecendo a nossa população alvo e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, selecionamos a amostra. Para Fortin (2009, p.313) “Uma amostra representativa... pode substituir o conjunto da população alvo. ... deve refletir as características não só do ambiente natural, mas também dos indivíduos que a compõem” e com esta finalidade a nossa amostra do estudo foi também definido pela saturação dos dados colhidos, sendo composta por 11 participantes (n=11) que forneceram o seu relato.

Questão de Investigação e Objetivos

Um estudo de investigação deve ser iniciado com a colocação de algum tipo de problema ou questão, que se refere aquilo que se deseja explicar. Para Fortin (2009), a questão de investigação é um enunciado interrogativo claro que explicita os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma pesquisa empírica.

Na sequência do nosso estudo, surgiu-nos a seguinte questão de investigação que pretendeu exprimir precisamente aquilo que pretendemos compreender:

- Como é vivenciada a transição para a parentalidade pelos pais inscritos na USF Rainha D. Tereza, durante os primeiros seis meses de vida do primeiro filho?

Partindo desta questão de investigação definimos como objetivo geral:

- Conhecer como os pais constroem o seu modelo de parentalidade, durante o primeiro semestre de vida do primeiro filho.

Particularizamos para este estudo os seguintes objetivos específicos:

- Analisar as expectativas dos pais em relação à parentalidade;
- Compreender a experiência vivenciada na transição para a parentalidade pelos pais;
- Conhecer figuras identitárias no processo de transição para a parentalidade;
- Analisar os constrangimentos/dificuldades na transição para a paternidade;
- Explorar os recursos mobilizados pelos pais no processo de transição para a parentalidade;
- Realizar proposta de intervenção para a promoção de boas práticas na transição para a parentalidade no exercício do enfermeiro de família.

Instrumento e procedimentos de recolha de informação

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos a alcançar, foi necessário procedermos à elaboração do instrumento de recolha de dados mais adequado à problemática e à amostra que

pretendíamos estudar. A entrevista semiestruturada foi o instrumento eleito, por forma a permitir desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam os aspetos do mundo (Bogdan & Biklen, 2010) e foi sustentada por um guião.

O guião da entrevista (Anexo III) foi elaborado com base nos objetivos e na revisão da literatura, e foi efetuado um pré-teste para aferição deste, em setembro de 2016 a utentes da USF a vivenciar a mesma etapa que não foram considerados na amostra, pois segundo Fortin (2009) deve-se assegurar que o instrumento é representativo do domínio que deseja avaliar. A realização do pré-teste teve como objetivo avaliar a eficácia e a pertinência do instrumento, a sua extensão, a compreensão semântica das questões e o tempo necessário à sua aplicação. Assim, o guião era constituído por questões abertas que abordavam as seguintes dimensões: redefinição de papéis e identidades; figuras identitárias; prestação de cuidados ao bebé; conciliação de papéis/prioridades da relação parental; fatores facilitadores/recursos mobilizados. De salientar que o tempo dispensado em cada entrevista foi, em média, cerca de 20 minutos.

Para uma melhor caracterização dos participantes definimos a aplicação conjunta de um questionário de caracterização sociodemográfica e outro do nível socioeconómico da família – Escala de Graffar adaptada. A escala de Graffar avalia cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde reside. Os resultados são classificados em cinco classes socioeconómicas (Anexo III).

As entrevistas foram realizadas às mães, numa fase inicial no âmbito das consultas de saúde infantil e juvenil na USF, mais especificamente, após a consulta de vigilância dos 6 meses. Posteriormente foram contactados os pais que não estiveram presentes nestas consultas e que eram essenciais para o estudo, sendo solicitada a sua participação no mesmo. Para tal, era agendada a entrevista para o horário preferencial, a realizar na USF, no sentido de enriquecer o estudo com a perspetiva e vivências do sexo masculino nesta fase de transição. As entrevistas foram precedidas do esclarecimento do estudo, da obtenção do consentimento informado e da comunicação de necessidade de gravação e da sua destruição após a conversão em texto.

Considerações Éticas

A investigação no domínio da saúde envolve a natureza humana e pode causar danos aos direitos e liberdade da pessoas, o que impõe fundamentos éticos e legais a certificar nos procedimentos e nas atitudes investigatórias (Fortin, 2009). O investigador deve verdadeiramente basear-se no reconhecimento do valor absoluto da pessoa humana, respeitando os valores éticos e morais e neste sentido a orientação deste estudo perseguiu os seguintes princípios: direito à autodeterminação; à intimidade; à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e prejuízo; e a um tratamento justo e equitativo.

Foram cumpridos os procedimentos éticos, tendo sido obtidos pareceres favoráveis da Comissão de Ética da ARS Centro (Anexo IV) para a realização do estudo, do Conselho de Administração da Regional de Saúde (ARS) do Centro (Anexo V), e da Coordenadora da USF Rainha D. Tereza (Anexo VI). A entrevista foi precedida pelo consentimento livre e esclarecido dos participantes (Anexo VII), garantindo a sua liberdade e autodeterminação, com a explicação dos objetivos do estudo e a sua metodologia. Foi assegurada aos participantes a confidencialidade das informações, assim como o direito de mudar de ideias e abandonar a investigação, sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem o abandono. A recolha dos dados foi efetuada individualmente, em ambiente com privacidade e as entrevistas foram gravadas, convertidas em texto, analisadas com rigor e posteriormente eliminadas.

Procedimentos de Análise das Informações

As informações colhidas nas entrevistas foram sujeitas a tratamento qualitativo através da análise de conteúdo. Para analisar e interpretar as informações, estas foram codificadas e agrupadas recorrendo à análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009) possui cinco fases: a pré-análise (tratamento dos resultados, à inferência e à interpretação); a organização (transcrição integral das respostas e à sua preparação para análise); a construção do corpus de análise; a análise (codificação ao texto); e a categorização (classificação, diferenciação e reagrupamento por critérios). Deste modo, as entrevistas foram transcritas na totalidade com precisão, convertendo os relatos em voz para texto “Word” e identificando os intervenientes com siglas por forma a garantir o anonimato (Exemplo: EM1 – relato de uma mãe; EP1 – relato de um pai; E – entrevistador).

Mediante a análise dos dados que emergiram das narrativas, recorremos ao *software* WebQDA, programa informático de análise qualitativa que nos permitiu a indexação das entrevistas, a criação de categorias, codificação, fazer buscas e questionar os dados (Souza, Costa, & Moreira, 2011). A criação do nosso projeto no *software* iniciou-se com a exportação das entrevistas em formato de processador de texto que permitiram gerar categorias, subcategorias e componentes de análise predefinidas pela pesquisa efetuada e outras emergentes, validando a sua conceptualização com o significado encontrado (Infopédia, 2017) (Anexo VIII), germinando a nossa codificação em árvore.

A codificação em códigos árvore permitiu-nos agrupar a informação por critérios em dimensão, categorias, subcategorias e elementos, conforme demonstramos em seguida. A dimensão primitiva e inclusiva gerada foi **Vivências na Parentalidade**, que se reporta às experiências decorridas do novo papel a desempenhar, que podem ser pré e/ou pós nascimento do primeiro filho (Castoldi et al., 2014; Barroso & Machado, 2011) e surgiram as seguintes categorias que são apresentadas na figura 2: **Vivência da Gravidez; Modelo Parental Adotado;**

Determinantes para a parentalidade; Dificuldades Vivenciadas; Prestação de Cuidados à criança; Conciliação de Papéis; Recursos Utilizados; Antecipação da fase seguinte e Mudanças.

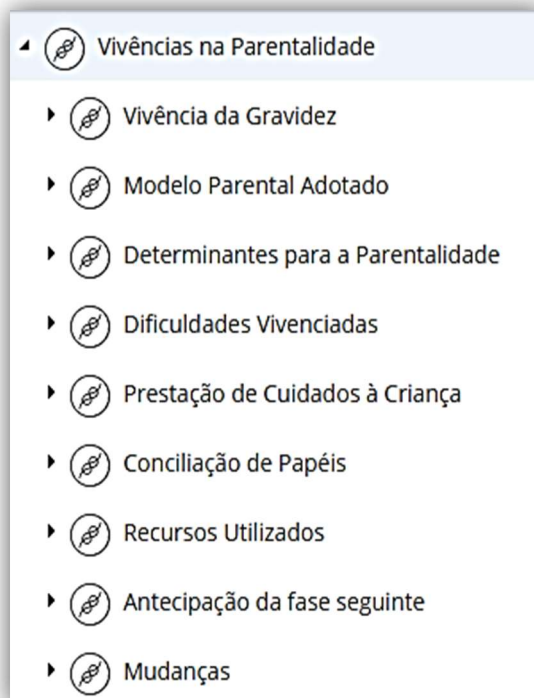


Figura 2 - Dimensão Vivências na Parentalidade e Categorias

A categoria **Vivência na Gravidez** refere-se à experiências durante o período de cerca de nove meses de gestação, que dá início às concepções parentais e prediz a etapa da adaptação à parentalidade, nomeadamente no nosso estudo com as subcategorias de **Expectativas** e **Desejo de Ser Pai/Ser Mãe** (Figura 3). As expetativas aludem ao estado ou qualidade de esperar algo que seja viável ou provável que aconteça e o desejo de ser pai/ser mãe é um tipo de sentimento que manifesta vontade de ter um filho(a) e indica movimento afetivo ou impulso para.

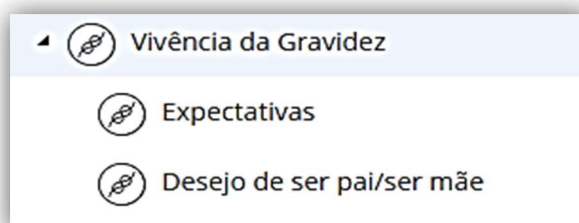


Figura 3 - Categoria Vivência na Gravidez e subcategorias

Relativamente à categoria **Modelo Parental Adotado** representada na figura 4, reporta-se à pessoa (s), grupo ou/e modelo com as quais se identifica. Vários modelos parentais foram atribuídos e constituíram as subcategorias: **Modelo Pessoal**, em que os pais orientaram-se pelas suas próprias regras; **Modelo por Contradição**, em que os pais identificaram características que não desejam apresentar; **Modelo identificado**, com a nomeação da pessoa com a qual se identificam e que orienta a sua conduta.

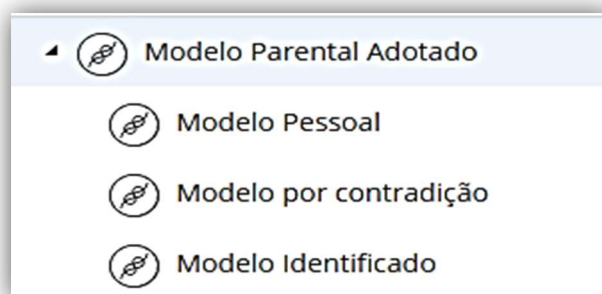


Figura 4 - Categoria Modelo Parental Adotado e Subcategorias

A categoria **Determinantes para a Parentalidade** (figura 5), é qualquer fator biopsicossocial que se encontre correlacionado com o comportamento parental e que poderá ser usado para o prever e integra as subcategorias **Dinâmica Familiar**, **Experiências com o Filho(a)**; **Experiências Prévias com Crianças e Características dos Pais**.

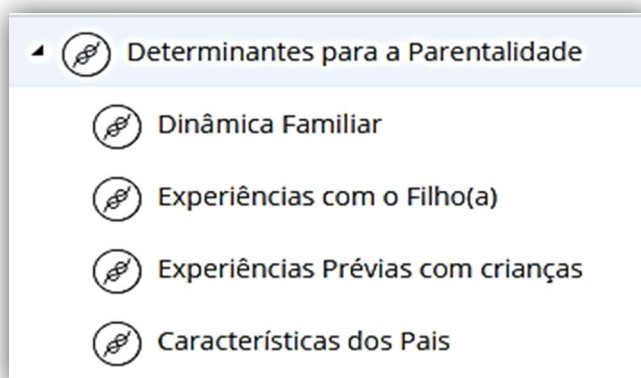


Figura 5 - Categoria Determinantes para a Parentalidade e subcategorias

Da categoria **Dificuldades Vivenciadas** (figura 6) emergem as seguintes subcategorias: **em relação à criança, em relação ao casal, em relação a si próprio(a)**. As mudanças drásticas nos papéis que a adaptação à parentalidade acarreta coloca por vezes os pais em situações de ansiedade, sobrecarga, fadiga e desequilíbrio em diversas áreas do seu quotidiano que apresentamos como subcategorias.

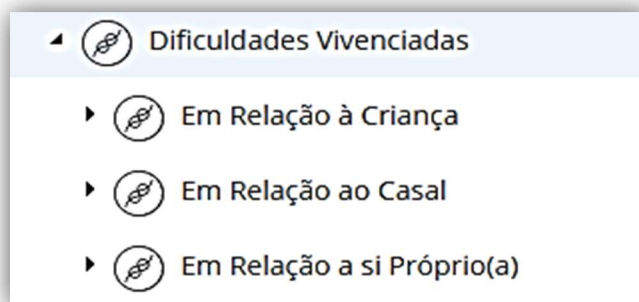


Figura 6 - Categoria Dificuldades Vivenciadas e Subcategorias

A categoria **Prestação de Cuidados à Criança** apresentada na figura 7 comporta as subcategorias **Cuidado Físico**, **Cuidado Afetivo** e **Cuidado Social e Desenvolvimento**. A prestação de cuidados diz respeito ao papel parental e engloba a satisfação das necessidades fisiológicas, a manutenção de ambiente seguro, as manifestações de afeto e a promoção de contextos que estimulem o desenvolvimento psicossocial da criança.

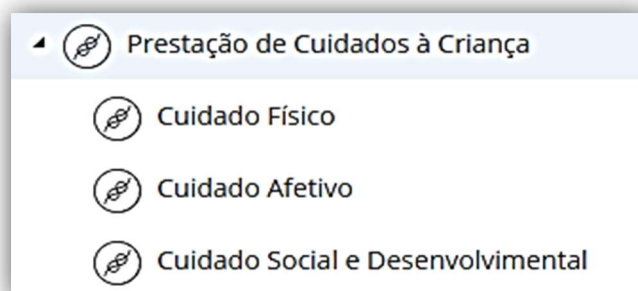


Figura 7 - Categoria Prestação de Cuidados à Criança e Subcategorias

A **Conciliação de Papéis** aborda as imposições adaptativas dos vários papéis desempenhados decorrentes da transição no sentido das novas e diferentes exigências, assim como da manutenção de outras, ou seja, no nosso estudo é o entrosar dos seguintes papéis apresentados em subcategorias: **Conjugais**; **Parentais e Familiares** e **Sociais** (figura 8).

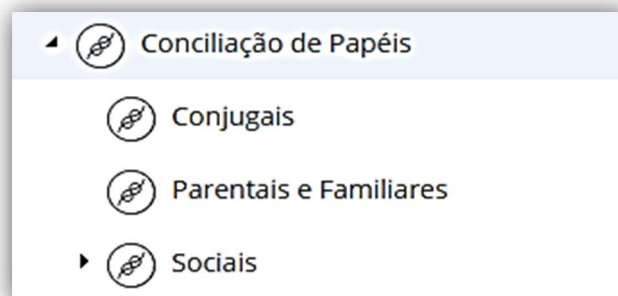


Figura 8 - Categoria Conciliação de Papéis e Subcategorias

Na figura 9 apresentamos a categoria **Mudanças** onde integramos as subcategorias **Alteração do Self, Comportamento Social e Coparentalidade**. As mudanças dizem respeito às principais alterações nas atividades diárias dos pais e revelam-se no autoconceito, nos comportamentos, na ocupação e na partilha da experiência.

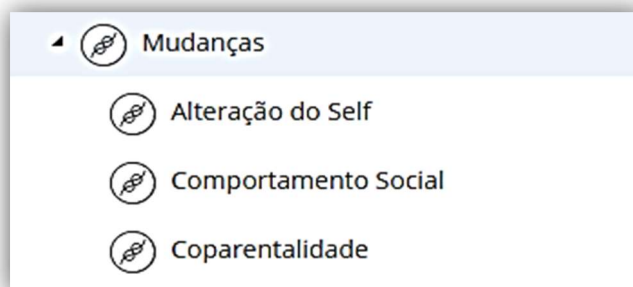


Figura 9 - Categoria Mudanças e Subcategorias

Uma categoria emergente foi **Antecipação da Fase Seguinte** e conforme expomos na figura 10 com a subcategoria **Entrada na Creche**, a inserção na creche com poucos meses de vida constitui para os pais um momento de sofrimento que é previsto o que deu apoio.

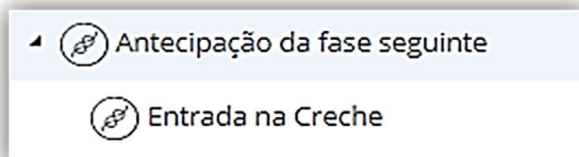


Figura 10 - Categoria Antecipação da Fase Seguinte e Subcategoria

Na figura 11, apresentamos a categoria **Recursos Utilizados** reportando às condições e estratégias que facilitaram o exercício e prática da parentalidade que tomamos por exemplo as seguintes subcategorias emergentes: **Recursos Humanos** (Apoio de pessoas significativas: Amigos, Família, Cônjuge); **Recursos Comunitários** (Cursos, Direitos, Apoio dos Cuidados de Saúde); e **Recursos Materiais** (internet, livros, recursos monetários).

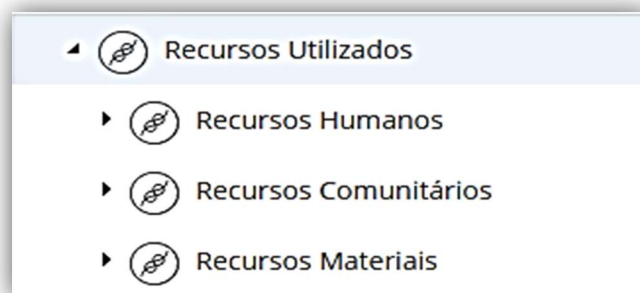


Figura 11 - Categoria Recursos Utilizados e Subcategorias

Optamos ainda por uma codificação livre com a categoria **Apreciação Pessoal**, que integra as reclamações, opiniões e sugestões dos pais, por forma a garantir a liberdade dos pais abordarem outros assuntos relevantes para si, que não os presentes no Guião da entrevista e que devido aos múltiplos assuntos abordados não permite a “codificação em árvore”.

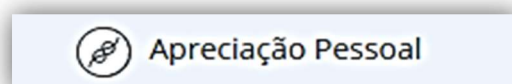


Figura 12 - Código Livre - Apreciação Pessoal

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste subcapítulo apresentamos uma breve caracterização dos sujeitos participantes e a categorização obtida com exposição das vivências com unidades de texto significativas dos pais participantes relativamente aos primeiros seis meses de transição para a parentalidade, transmitidas no momento da entrevista semiestruturada.

Caracterização dos Sujeitos Participantes

Dos 11 sujeitos participantes que constituíram a nossa amostra 7 pertenciam ao género feminino (63,63%) e 4 ao género masculino (36,36%), sendo estes últimos cônjuges de 4 das mulheres entrevistadas, e as suas idades variaram entre os 26 e 36 anos, com uma média de 31,18 anos.

No que se refere ao estado civil cinco eram casados (45,45%), três viviam em união de facto (27,27%) e três eram solteiros (27,27%). A maioria residiam em Albergaria-a-Velha (90,90%), com a exceção de um participante que residia em Estarreja e 10 dos participantes eram de nacionalidade portuguesa (90,90%) e um de nacionalidade ucraniana (9,09%). Em relação ao grau de instrução, um tinha quatro anos de escolaridade (9,09%), outros dois tinham nove anos de escolaridade (18,18%), cinco tinham frequentado o ensino secundário (45,45%), um possuía licenciatura (9,09%) e dois tinham como habilitações pós-licenciaturas (18,18%).

As profissões dos participantes variaram nas diferentes áreas, como doméstica, enfermagem, engenharia, operador fabril, contabilidade, gestão ou, ainda, serviços. Relativamente à posição social, e utilizando como instrumento a escala de GRAFFAR, salientamos que a maior parte dos pais em estudo pertenciam à classe média (54,54%), à classe média alta pertenciam 18,18% e na classe alta incluíam-se 27,27%. Na amostra, dois dos participantes encontravam-se em situação de desemprego e os restantes classificando por grandes grupos profissionais, verificamos que: um participante pertencia ao grupo 1 – dirigentes; dois participantes ao grupo 2 – especialistas das profissões intelectuais e científicas; um participante ao grupo 3 – técnicos e profissionais de nível intermédio; dois participantes ao grupo 5 – pessoal dos serviços e vendedores; e três participantes ao grupo 6 – operários industriais e da agricultura e pesca.

Categorização das Informações

As unidades de texto mais significativas permitiram a categorização em árvore e são expressas na tabela 1, salientamos que a categorização das informações foi sujeita ao juízo de valor da perspectiva do investigador, da sua subjetividade, com base na evidência científica.

Posteriormente, para procedermos à apresentação dos resultados, seguimos a ordem da categorização utilizada no subcapítulo anterior e na tabela 1.

Dimensão	Categorias	Subcategorias	Narrativas
Vivências na Parentalidade	Vivência da Gravidez	• Expectativas	EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EM7, EP1, EP2, EP3, EP4
		• Desejo de ser pai/mãe	EM1, EM4, EM7, EP1, EP2, EP4
	Modelo Parental Adotado	• Modelo Pessoal	EM1, EP2, EP4
		• Modelo por Contradição	EP2, EM4
		• Modelo Identificado	EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EM7, EP1, EP3
		• Características Parentais Desejadas	EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EM7, EP1, EP2, EP3, EP4
	Determinantes para a Parentalidade	• Dinâmica Familiar	EM3, EM5, EM7
		• Experiências com o Filho(a)	EM2, EM3, EM7, EP2, EP3
		• Experiências Prévias com Crianças	EM2, EM6, EP3, EP4
		• Características dos Pais	EM3, EM5
	Dificuldades Vivenciadas	• Em Relação à Criança 1. Alimentação 2. Choro 3. Amamentação 4. Cuidados Específicos 5. Banho 6. Sono do Bebê 7. Doença 8. Cólicas	1. EM2, EM5 2. EM1, EM3, EM5, EP3 3. EM2, EM5, EP1 4. EM3, EP1, EP2, EP3 5. EM4, EM5, EP2, EP3 6. EM5, EP1 7. EM6 8. EM6, EP1
		• Em Relação ao Casal 1. Gestão do Tempo 2. Conciliação de Papéis 3. Adaptação do Cônjuge	1. EM1, EM5, EP1 2. EM5, EP1, EP3 3. EM2, EM5
		• Em Relação a Si Próprio 1. Privação do Sono 2. Fadiga 3. Insegurança	1. EM1, EM2, EM3, EM7, EP1, EP2 2. EM3, EM5, EP1 3. EM5, EP4
		• Cuidado Físico	EM1, EM2, EM4, EM5, EP1, EP2, EP3, EP4
		• Cuidado Afetivo	EM4, EM5, EP1, EP2

	Prestação de Cuidados à Criança	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado Social e Desenvolvimento 	EM2, EM4, EP2, EP3
	Conciliação De Papéis	<ul style="list-style-type: none"> • Conjugal 	EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EM7, EP1, EP3, EP4
		<ul style="list-style-type: none"> • Parental e Familiar 	EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EP1, EP2, EP3, EP4
		<ul style="list-style-type: none"> • Social 	EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EM7, EP1, EP2, EP3, EP4
		<ul style="list-style-type: none"> • Atividades Abandonadas 	EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EM7, EP1, EP2, EP3, EP4
	Recursos Utilizados	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Humanos <ol style="list-style-type: none"> 1. Amigos 2. Família 3. Cônjuge 	<ol style="list-style-type: none"> 1. EM1, EM2, EM3, EM5, EM7, EP1, EP3, EP4 2. EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EM7, EP1, EP2, EP3, EP4 3. EM2, EM6, EM7, EP3, EP4
		<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Comunitários <ol style="list-style-type: none"> 1. Cursos 2. Direitos de Parentalidade 3. Flexibilidade no Trabalho 4. Apoio dos Cuidados de Saúde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM7, EP1, EP2, EP3, EP4 2. EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EP1, EP2, EP3, EP4 3. EM2, EP1 4. EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EM7, EP1, EP2, EP3, EP4
		<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Materiais <ol style="list-style-type: none"> 1. Internet 2. Recursos Monetários 3. Livros 	<ol style="list-style-type: none"> 1. EM1, EM3, EM4, EM6, EM7, EP1, EP2, EP3 2. EM3 3. EM4, EP2, EP3
	Antecipação da Fase Seguinte	<ul style="list-style-type: none"> • Entrada na Creche 	EM1, EM2, EM6, EP2, EP3
	Mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração do Self 	EP1, EP2, EP3, EP4
		<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento Social 	EM2, EP1, EP2, EP3
		<ul style="list-style-type: none"> • Coparentalidade 	EM2, EM7, EP1, EP3

Tabela 1 – Categorização em Árvore e Referências às Narrativas

As Vivências na Parentalidade

A dimensão primitiva Vivências na Parentalidade forneceu uma visão geral das experiências de vida nesta transição normativa e refletiu o processo psicológico consciente dos participantes

assim como a sua posição ativa e de valor. A dimensão surgiu dos relatos mais profundos sobre esta etapa do ciclo de vida e refletiram, de uma maneira geral e abreviada o impacto do nascimento do primeiro filho na vida dos pais e o seu significado individual. Oito participantes (72,72%) expuseram uma visão positiva da transição, de crescimento pessoal e familiar e de um processo natural construído no dia-a-dia, que fascina os progenitores e a seu juízo os completa.

“É uma coisa fascinante, se possível é para repetir...é excepcional ...é perfeito, até é melhor!...É fantástico ser pai! Voltamos ao início.” (EP1)

“Todos os dias é uma aprendizagem ... todos os dias é uma coisa nova!...Sabemos que temos um “rebentozinho” (EP3)

“Foi uma mudança positiva, toda a gente gosta dela, toda a gente quer estar com ela...Mas também ganhei muita coisa!” (EM5)

“Para mim é muito bom, sinto-me completamente realizada!” (EM3)

Por outro lado apresentamos o único relato negativo sobre o impacto da vivência da parentalidade, que ao referir como complicado subjetivamente apontou a complexidade, o enredo e as dificuldades vivenciadas como determinantes nesta adaptação.

“Foi a primeira e a última! Foi muito complicado...” (EM6)

Vivência da Gravidez

A construção da parentalidade teve início nas representações parentais, no desejo de ser pai/mãe e nas expectativas concebidas durante a gravidez. O conceito de gravidez foi verbalizado por dois pais (18,18%) como um processo normativo que exigiu adaptação, no entanto os pais consideraram que nesta fase as mudanças nos papéis ainda não são relevantes e valorizaram a sua vivência a dois.

“Durante a gravidez não, não houve assim grande diferença.” (EP3)

“Engravidei logo ...Até porque planeamos e sempre os dois juntos escolhemos tudo para a menina e a partir do momento que gostamos da ideia de ser pais ...é um processo que vai decorrendo com a maior naturalidade.” (EM7)

Em relação às **expectativas**, existiram onze relatos, um dos pais (9,09%) referiu não idealizar o pós-parto e o novo ser, mas para os outros dez pais (90,90%) existiu numa fase antecipatória a imaginação do filho, a consciencialização dos novos papéis e das mudanças que ocorreriam e a preparação do momento pós-parto. As expectativas foram criadas em relação à criança, ao cônjuge, às mudanças, aos novos e diferentes papéis e ao quotidiano foram defraudadas, correspondidas, excedidas e dissemelhantes.

“Não imaginávamos nada.” (EM1)

“Tem corrido bem, de alguma maneira excedido as expectativas. Imaginava que ia mudar muita coisa, mas agora na experiência mesmo nota-se que mudou muito mais... Não se consegue imaginar. Idealizava mais ou menos...” (EP2)

“Uma mudança de vida muito grande, maior do que nós estávamos à espera, mas isso é com todos os pais, mas tem sido muito bom...As expectativas passam um bocado pela mudança de vida de termos o bebé. Há a família a aumentar. Agora as expectativas são superadas, é muito muito bom!” (EM3)

“Nem fizemos muitas expetativas, foi planeado, até porque queríamos um rapaz inicialmente, mas temos tido uma vivência muito boa com ela. Mesmo o meu marido tem superado as expetativas.” (EM4)

De forma espontânea, durante os seus relatos, seis pais (54,54%) fizeram alusão ao **desejo de ser pai/mãe**, ao desejo em relação ao sexo da criança e à sua saúde o que demonstrou a sua relevância nesta transição. A vontade foi apresentada com um requisito e determinou a forma como a parentalidade foi vivenciada, ou seja, o desejo sobrepôs-se às exigências.

“...só queríamos filho mais nada, queríamos muito por isso não pensávamos como seria...” (EM1)

“...esta gravidez foi planeada, foi muito desejada...desejava na altura que fosse um menino...o relógio biológico não é para todas as mulheres, eu achei que tinha de ter um filho...desejei!... E tentei!” (EM7)

“Desejávamos que viesse saudável. Que mexa um bocadinho até a gente ver, mas não é só o nascer é também a fase contínua, todos os dias há sempre mudanças ou estão doentes, também e ficamos com o coração nas mãos.” (EP4)

Modelo Parental Adotado

A categoria modelo parental adotado emergiu da necessidade de os pais utilizarem figuras identitárias na parentalidade para a edificação do seu modelo, este processo foi realizado de forma mais ou menos consciente, e os modelos adaptados foram múltiplos: o **pessoal**, ou próprio (EM1; EP2; EP4,); **por contradição** ou evitando características que julga negativamente (EP2; EM4); e o **identificado** em que foi nomeada uma pessoa significativa, na maioria das vezes os ascendentes (mãe, pais, avô, avós, ...) (EM1, EM2, EM3, EM4, EM5, EM6, EM7, EP1, EP3).

“Eu! Tenho que ser eu. Não há modelos tento fazer o meu melhor. O melhor possível que sei. Há bons pais e há maus pais mas eu tento fazer o meu melhor, sem ter uma referência específica de ninguém.” (EP4)

“As vezes a perspectiva é mais de evitar seguir algumas características negativas e que condeno.” (EP2)

“A minha figura de referência claramente é a minha mãe e as minhas avós. Porque acho que são um exemplo de terem criado bem, eu sou filha única mas a minha mãe como me tinha só a mim e as minhas avós como já tinham mais filhos souberam, face às dificuldades da época, ultrapassar as dificuldades, criar e educar os filhos da melhor maneira possível.” (EM2)

“O meu avô, até mais que o meu pai porque o meu pai tem um feitio um bocado difícil, mas o meu avô foi sempre assim uma coisa... orientei-me por ele... não é copiá-lo mas ensinou-me muitas coisas... O meu avô foi o meu pilar e é sempre a minha linha para me orientar, a minha linha de orientação.” (EP1)

As características parentais que apresentaram como desejadas foram enumeradas em atributos que valorizam ou/e que revêm nas suas figuras identitárias, e que são entre outras a simplicidade, a honestidade, a disponibilidade, a sensatez, a dedicação, a preocupação, a compreensão, ser esforçado, ser correto, ser realista, ser protetor, ser cuidadoso, ser presente, ser carinhoso...colocar o amor de pai/mãe em cada gesto.

“Muitos valores, os valores da humildade, de ser trabalhador, de ser humilde, de tratar bem a família (o meu pai às vezes é assim um bocado áspero), mas esses valores todos...” (EP1)

“...saber dizer não, quando tiver de dizer que não, saber dizer que as coisas não vêm de graça tudo tem um custo, é preciso trabalhar para haver dinheiro, e levar uma vida honesta, não levar vida de luxo quando não se pode ter e trabalhar para conseguir. Ser carinhoso com os filhos e apoiá-los, basicamente é isso.” (EP3)

“Amorosas, carinhosas, sempre preocupadas, muito disponíveis, disponibilidade, ...o estarem sempre disponíveis para o que quer que seja necessário...protetoras...também posso incluir o meu pai...é muito protetor...porque sou filha única e é sempre aquela figura de proteção.” (EM2)

Determinantes para a Parentalidade

Em várias respostas os pais referiram, espontaneamente ou quando abordados, as dificuldades experienciadas e as condições facilitadoras e inibidoras, decisivas com carácter premonitório, para o papel parental desempenhado, e foram nomeadamente: a **dinâmica familiar**, no que diz respeito à família de origem (EM5, EM7) e à sua família atual (EM3); as **experiências com o filho(a)**, nomeadamente na saúde/doença dos filhos (EM7) e nas características dos filhos (EP2 e EM3); **as experiências prévias com crianças**, no que diz respeito a conhecimentos (EM2) e

cuidados (EP4); e as **características dos pais** (EM5, EM3). Estas determinantes deixam subentender outras como a época vivida, as condições biopsicossociais, a história pessoal e o contexto inter e intrafamiliar.

“Como a mãe dele fazia tudo. Agora neste momento custa-me um bocado porque a mãe é que fazia tudo! Bastante!” (EM5)

“É fácil lidar com estas situações se tivermos uma boa estabilidade familiar, se não houver uma boa estabilidade familiar, se o casal não estiver para o mesmo lado, acredito que não seja fácil!” (EM3)

“A XXXX ainda só teve um vírus respiratório, teve uma semana que requeria mais cuidados mas até à data foi uma criança sem problemas.” (EM7)

“O bebé também é um bebé que é simpático, fácil de lidar, noites mal dormidas só quando está doente por isso tem sido bom tanto para o pai como para a mãe também.” (EM3)

“...a adaptação ao primeiro filho foi mais fácil por ter os conhecimentos que tenho, por ser da área da saúde e também por trabalhar na pediatria, ajudou-me claro.” (EM2)

“Não, porque já ajudei a criar a minha irmã também, portanto pouca novidade fazia. Há mais de 20 anos atrás.” (EP4)

“...também sou muito insegura e vivo com muitas inseguranças e com muitas questões.” (EM5)

Dificuldades Vivenciadas

As dificuldades vivenciadas foram abordadas pela investigação e os pais enumeraram as mais significativas, nove pais (81,81%) referenciaram dificuldades **em relação à criança**, cinco (45,45%) **em relação ao casal** e oito (72,72%) **em relação a si próprios**.

Realçamos a complexidade percecionada pelos pais em relação às características em alguns cuidados específicos à criança e a não compreensão das suas particularidades, nomeadamente o choro, a doença, as cólicas, a amamentação, os cuidados específicos, a alimentação, o banho e o sono da criança.

“...no início, ou porque ela chorava e eu não sabia o porquê que ela chorava e tinha sempre medo de falhar alguma coisa, por volta dos 3 meses tinha medo de ficar sozinho com ela, tinha receio que ela comesse a chorar e não sabia o que havia de fazer mas agora não... Custa um bocadinho.” (EP3)

“As dificuldades são mais quando ele está doente, mas ele também ainda só esteve uma vez doente...” (EM6)

“...e nas cólicas. Nas cólicas é que eu tenho às vezes um bocadinho de dificuldades em lidar, mas agora já me fui habituando...” (EM6)

“Uma pessoa adaptar-se, ter de aprender que eles comem totalmente diferente de nós, aquelas coisas mais próprias dos bebés. Foi mais a questão de aprender e adaptar-se à nova realidade. A alimentação específica, o cuidado ao vestir...” (EP2)

“A dificuldade maior que tive até agora foi aspirar o nariz...” (EM3)

“Também demorei a dar o banho, se calhar só agora aos 6 meses, tinha medo que ela partisse um braço ou outra coisa do género...” (EP3)

Em relação ao casal, esclarecemos a sobrecarga de tarefas, a difícil conciliação de papéis, a lenta adaptação do cônjuge e diminuição do tempo disponível para a conjugalidade como dificuldades sentidas.

“Já não temos tempo para a nossa vida só temos para ele agora é só com ele primeiro é para ele tudo para ele todos os minutinhos, tudo é para ele!...” (EM1)

“...isso foi o mais difícil de lidar porque querem estar com ela e não percebem que ela tem de ter o seu descanso. Isso é o mais difícil de lidar e agora o mais difícil é o trabalho....” (EM5)

“...o meu marido tem um bocadinho mais de dificuldade, mas isso é normal porque não anda constantemente com crianças ao colo, por exemplo...” (EM2)

“...o XXXX também não saber cuidar dela, também foi um bocado desgastante, estava sempre com aquele medo e insegurança, perturbou-me um bocado....O meu companheiro não conseguia fazer nada...Não fazia nada com os nervos!” (EM5)

Em relação a si próprios, os pais referiram como dificuldade a sensação de fadiga provocada pelo aumento dos papéis a desempenhar, a diminuição do repouso com a privação do sono e a insegurança vivenciada em relação à sua conduta e ao papel parental adequado.

“...é um bocado cansativo” (EP1)

“O cansaço, não é fácil conciliar a vida profissional com a pessoal, neste caso com a criança.” (EM3)

“...acordar cedo, quando tinha folga dormia até mais tarde, agora isso não é possível, acho que essa parte do dormir ficou um bocadinho alterada ...a parte do sono, da privação do sono mais difícil ainda foi no primeiro mês... Muito difícil.” (EM2)

“É assim..., também sou muito insegura e vivo com muitas inseguranças e com muitas questões: Será que estou a fazer bem? Será que não estou? É complicado a gente às vezes saber se estamos ou não a ser corretos na educação dela...Aquele insegurança sempre constante!” (EM5)

Prestação de Cuidados à Criança

A prestação de cuidados à criança foi uma categoria que despontou das respostas à pergunta “Que cuidados presta ao bebé e quais as dificuldades encontradas, desde o nascimento da criança?”. As respostas indicaram as atividades valorizadas pelos pais no seu exercício de parentalidade e na sua procura do papel parental adequado e constatamos que houve pais que referiram várias subcategorias. Oito pais (72,72%) fizeram referência ao **cuidado físico**:

“Todos, desde a adormecer, dar comer, dar banho, mudar fraldas...” (EP3)

“Presto todos os cuidados...adormecer, tratar da higiene, do banho, alimentar...” (EM2)

“Praticamente todas, todas as rotinas. Tenho ajudado, se está doente fico com ele em casa, o que já aconteceu 2 ou 3 vezes, estava de folga o que também ajudou, era escusado a mãe estar a faltar...O mudar a fralda, o dar banho, o vestir e levar à creche, buscar à creche. Faço um bocadinho de tudo.” (EP4)

Em quatro respostas (36,36%) denotamos, também a valorização do **cuidado afetivo** pelos pais na referência à transmissão de carinho, de apego e vinculação.

“Os cuidados que eu presto é andar com ela ao colo, dar-lhe “montes de beijinhos”, mima-la...” (EP1)

“Sou muito apegada a ela, às vezes não quero deixá-la, já o pai é: “é melhor ela ir para a avó” quer o espaço dele, por exemplo, se tiver a folga eu vou trabalhar e ele “ah vai para a avó!”. Eu acho que com os homens é diferente, preferem dar as tarefas à mãe. Eu por exemplo já não prescindo do meu tempo de estar com ela nos dias de folga.” (EM5)

Constatamos ainda a existência de quatro relatos (36,36%) que admitiam a importância do **cuidado social e desenvolvimental** nas tarefas parentais.

“...aturo-a, brinco, um pouco de tudo.” (EP2)

“...brincar, a parte social (ter a criança com outras pessoas) ...estimular, distrair com os brinquedos e coisas diferentes.” (EM2)

“...brincar com ela sempre, todos os dias tem de ter um bocadinho para brincar, para estimular. Nunca deixar que lhe falte nada e estar sempre atenta...brinca com ela,

estimula-a, também está menos tempo em casa. Ele chega mais tarde a casa e vai brincando com ela,..." (EM4)

Conciliação de Papéis

Todos os pais abordaram a maneira como têm conseguido desempenhar os papéis exigidos, nomeadamente dez pais fizeram referência ao **conjugal**, dez ao **parental e familiar**, e todos ao **social**, e demonstraram que: já tinham previsto as alterações; que foi uma tarefa fácil; que o facto de não ter atividade laboral ou estar mais disponível ajudou na adaptação; as estratégias de coping utilizadas.

Dos discursos, sobressai a redução de tempo para a conjugalidade, a importância da comunicação e a utilização de estratégias como o planeamento de atividades a dois, a partilha de tarefas no casal e o recurso ao apoio familiar.

"A vida de casal continua a mesma, por isso como estou desempregada estou sempre em casa, por isso torna-se mais fácil a vida de casal, as coisitas para fazer e tomar conta dele. Não é muito diferente daquilo que já esperávamos." (EM6)

"Agora o nosso pouco tempo, ou o tempo que temos livre é direcionado à filha e nós acabamos por estar juntos quando se vai para a cama ou quando fica em casa da avó. ...Eu penso que perde sempre. Pelo menos numa fase. Não é nada que crie divórcio mas acho que perde sempre, é sempre mais uma criança/pessoa mas é bom na mesma." (EP3)

"Eu e o pai também, já fizemos agora nestes 3 meses uma escapadinha só os dois..." (EM2)

"A nível familiar muda muito! Eu costumo dizer que se o casal não se dá bem antes de ter um filho, não é o filho que o vai unir, pelo contrário, ...Agora depois depende também realmente se os pais estão os dois para o mesmo lado. No meu caso não senti desunião, mas foi uma decisão tomada de consciência, era algo que queríamos muito os dois, tínhamos noção ou não das mudanças, porque ninguém tem por mais que nos digam quais vão ser as mudanças é sempre mais do que o que nos dizem. A nível familiar, com o resto da família, une muito!..." (EM3)

"...ele tem de ser mais ativo na relação para tentarmos gerir o tempo, porque também sozinha não consigo! Agora a trabalhar e tudo ele tem de tentar ser mais ativo e sinto também um esforço da parte dele e sei que ele era uma pessoa que estava habituada a não fazer tarefas domésticas mas agora tem que tentar ajudar, porque não é fácil estar a trabalhar e criar um filho ao mesmo tempo." (EM5)

No desempenho do seu **papel parental e familiar** os pais referiram as estratégias utilizadas para a conciliação de papéis nomeadamente a concertação de atividades, a priorização, o apoio familiar e a redução de outras atividades. A nível familiar os pais referiram o reajustamento da estrutura familiar e dos laços, o reforço da união familiar, a necessidade de reduzir a convivência, os aspetos negativos de a família querer impor as suas práticas em parentalidade e a importância da família como apoio.

“Quando ele dorme aproveito para fazer coisas ... ele agora gatinha, ponho uma mantinha, ele está perto de mim eu posso fazer algumas coisas.” (EM1)

“Basicamente sou eu sozinha que cuido dele, por isso, é como eu já esperava...Eu tenho a ajuda da minha mãe, às vezes fica um bocadinho com o menino para eu poder descansar, porque o meu companheiro trabalha muito, faz muitas horas e basicamente sou eu sozinha. ... não é complicado.” (EM6)

“...as prioridades mudam um bocadinho, após serem pais...ela vem do trabalho às 20H00, eu às vezes saio do trabalho às 21H00 ou às 20H00 mas sabemos que a partir daquela hora estamos os três juntos, desfrutamos da bebé, o que para nós agora é a nossa prioridade. (EP1)

“...agora acordo com mais tempo para cuidar dela também, e mesmo o dormir antes deitava-me um bocado tarde e agora deito-me mais cedo, porque também acordo mais cedo, basicamente foi isso que alterou. E o chegar a casa, antes ia fazer as minhas coisas e agora tenho de prestar atenção a ela, mesmo que não se queira, vai-se dando atenção.” (EP2)

“...não vou tantas vezes a casa dos meus pais mas continuo a falar com a minha mãe todos os dias, ao telefone, com a minha irmã também,...” (EP1)

“Depois com os familiares é claro que às vezes temos de engolir certas coisas para não nos chatearmos, que é mesmo assim. ...Foi muito desgastante.” (EM5)

“A nível familiar, com o resto da família, une muito!” (EM3)

A **nível social**, os pais referiram e aceitaram as contingências da esfera laboral, e não demonstraram dificuldades maiores na conciliação. Apresentaram como facilitadores o apoio familiar, a compreensão da imprevisibilidade e a entidade patronal que valoriza a família e possibilita flexibilidade de horários.

“Mesmo a nível profissional os horários agora são mais rígidos, e temos a ela, uma pessoa também anda um bocadinho mais cansada, mas temos nos estado a adaptar bem... Agora até estou de férias, em casa, mas ela fica com os meus pais e não tem causado grande transtorno a nível profissional.” (EM4)

“Estou menos disponível, um bocadinho, para os outros... O trabalho é por turnos e sempre a mudar, e eu também já sabia o horário que tinha portanto vamos conseguindo conciliar o dia-a-dia. Planear tudo com antecedência não adianta, porque é o dia-a-dia, praticamente! Mas tudo se consegue!” (EP4)

“Tenho a vantagem de trabalhar numa empresa que valoriza a família,.....Tem sido de forma pacífica....” (EM3)

“...o meu patrão também tem a preocupação de não me pedir para fazer tantas horas, antes podia fazer mais horas, teve a noção e entretanto já meteu outra pessoa para ajudar ...nesse aspeto não me posso queixar.” (EP1)

O papel social foi um dos mais afetados durante a transição para a parentalidade, a redução ou extinção de atividades de lazer, de atividades com amigos e de atividades coletivas fez parte da estratégia dos pais no seu estabelecimento de prioridades.

“Depois de ela nascer sim, as saídas ao cinema, um fim-de-semana fora, umas férias diferentes, o chegar a casa e não fazer nada, deitar no sofá e...agora não.” (EP3)

“...a vida social, do que estamos habituados antes de ter filhos muda como da noite para o dia ou seja já não há a disponibilidade de poder ir a um jantar com os amigos, o ir tomar um café com os amigos, os fins-de-semana são mais limitados, é muito fácil estarmos a planear o sair, o irmos ter com a família ou com os amigos e de um dia para o outro, de repente o bebé fica com febre, e todos os planos mudam....” (EM3)

“Temos abdicado de sair à noite, ir a cinema, sairmos ao sábado à noite ou à sexta à noite um bocadinho até mais tarde com os amigos. Essa parte teve de ficar um bocadinho para trás, mas também já estávamos a contar. É só mais a parte social é que mudou um bocadinho, temos de abdicar dessas coisas.” (EM4)

Face ao desafio de conciliar os vários papéis, a totalidade dos pais apresentaram o seu impacto pessoal nomeadamente nas atividades abandonadas do âmbito do bem-estar e lazer, do repouso, do exercício físico, do trabalho, que para alguns foi temporário.

“Abdiquei de fazer ginásio, tive que deixar, porque não dá por mais que a gente queira não dá.” (EP1)

“O que renuncio...Cantava! Fazia parte de um grupo de música gospel lá em Coimbra e cantava. ...quando ela for para a creche de forma mais assídua, vou retomar essa atividade porque acho que faz bem e é necessário...Tenho abdicado do sono e da minha atividade musical, que deixei, ainda não estou a trabalhar, mas tento fazer alguns passeios com ela, pois ela também gosta.” (EM2)

“Abdiquei de trabalhar mais. Tinha um “part-time” e abdiquei dele, abdiquei também de fazer formações. No dia-a-dia, abdicó de dar uns passeios de bicicleta. Mas também ganhei muita coisa!” (EM5)

“Acabo por fazer na mesma o que fazia antes de ser pai, claro que menos vezes mas dá para fazer na mesma.” (EP4)

“Temos abdicado de sair à noite, ir a cinema, saímos ao sábado à noite ou à sexta à noite um bocadinho até mais tarde com os amigos....É só mais a parte social...” (EM4)

Recursos Utilizados

A categoria recursos e meios utilizados, onde incluímos o apoio dos cuidados de saúde emergiu das respostas à questão: “Quais os meios e recursos mobilizados para facilitar a adaptação à parentalidade?”. Em relação às suas necessidades e dúvidas, todos os pais referiram utilizar recursos humanos e recursos comunitários, por outro lado apenas oito reportaram-se a recursos materiais.

Os **recursos humanos** reportaram-se ao apoio prestado por pessoas significativas, nomeadamente amigos, família e cônjuge e encontraram fundamento no aconselhamento, na partilha de experiências, nas oportunidades de lazer que permitiram, na divisão de tarefas e no apoio com bens.

“Também teve amigas que tinham sido mães e conversávamos umas com as outras e trocavam experiências.” (EP3)

“A nível de amigos é ótimo, principalmente para a parte social do bebé porque é, óbvio que depende dos amigos, há amigos que são família e que podemos deixar o bebé...” (EM3)

“A família... os meus pais, os meus sogros, ficando com ela quando é necessário e as vezes o facto de nos convidarem, por exemplo, para irmos lá ou jantar, ou almoçar, é logo uma ajuda, ...Os meus pais... o meu pai também fez questão de que é ele que paga o leite todo até ela fazer 1 ano, logo isso em termos económicos é muito bom, e tudo o que seja necessário para ela eles também ajudam, às vezes sem ser necessário pedir! Por isso em termos de disponibilidade de tempo e económica também, principalmente esse apoio que eles dão.” (EM2)

“O principal é a estrutura familiar, se houver um bom apoio familiar, não estou a falar só da minha mãe mas, por exemplo, da minha sogra, da minha cunhada, se houver uma

boa estrutura familiar é ótimo...principalmente a estrutura familiar e o meio envolvente.”
(EM3)

“Foi o pai! O pai da minha filha, sem dúvida nenhuma. Até muito além das minhas expectativas, surpreendeu-me muito.” (EM7)

“...é um apoio fantástico... ele naquelas duas semanas e meia em que eu fui trabalhar ele ficou com ela, e correu muito bem! Sem problema... ele é um apoio fantástico, mesmo em termos de as vezes eu estou a tratar dela e ele arruma a casa e trata da roupa.”
(EM2)

Os **Recursos Comunitários** enumerados nas narrativas dos pais foram os cursos de preparação para o parto e pós-parto, o conhecimento dos direitos da parentalidade, a flexibilidade laboral e o apoio dos cuidados de saúde.

Os pais validaram a importância que o **curso de preparação para o parto e pós-parto** possui e referiram mais-valias nos conhecimentos adquiridos, na relação estabelecida com profissionais especializados e que integram a equipa de saúde da maternidade, nomeadamente para o bem-estar da grávida/puérpera, para facilitar o papel do acompanhante no parto e para aumentar a confiança dos pais.

“Frequentei, é uma mais-valia. Gostei e foi muito bom. Boas dicas, além de que depois também fui conhecendo as enfermeiras que também iam cuidar, mesmo perante a mãe também é uma mais-valia porque já é uma cara conhecida...” (EP4)

“Acho que coincidia com o horário de trabalho e por isso não frequentou...” (EP2)

“Fez. Ajudou muito, segundo ela diz que ajudou muito. Foi aqui no centro de saúde. Também fez uma ou duas aulas do Curso Pós-parto. ...No Curso de preparação para o parto vim a uma ou duas. Foram sobre o pai assistir ao parto, para mim não foi vantajoso, porque eu dizia sempre que não queria, negava-me sempre a assistir, disse sempre que não. Fui apanhado de surpresa e tive que estar. Ela foi para o hospital. Ficou. Tinham-lhe dado a epidural, eu saí, fui almoçar e quando entrei no quarto a enfermeira parteira disse que estava a acontecer e perguntou “vai ficar?” e eu disse “não” e ela disse “vai tirar fotos! Quem é que vai tirar fotos?” eu disse “eu não!” mas lá acabei por ficar e correu bem ...Correu bem. Foi Rápido. Hoje estou muito contente por ter assistido. Depois cortei o cordão. É um momento que fica sempre na memória. Agora arrependia-me de não ter assistido.” (EP3)

Outro recurso validado foi o conhecimento acerca dos direitos da parentalidade e a possibilidade que advém de os pais aumentarem a sua disponibilidade para acompanhar o seu filho nos primeiros dias de vida. Os elementos do casal que puderam usufruir, direta e indiretamente, deste

direito apresentaram um discurso positivo e valorizaram o apoio, a partilha de tarefas e momentos, e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do filho(a). Os outros apresentaram em seu discurso sentimentos de solidão, falta de apoio e pesar.

“...como eu não estava a trabalhar ele decidiu trabalhar e não gozou o tempo que teria livre....como o meu namorado não teve aquele mês em casa fui sempre eu sozinha e é um bocado complicado.” (EM6)

“Gozei,Ajudou imenso, claro, foram uns dias de stress e pânico, já andava como uma “barata tonta”, mas é normal, faz parte. Ajudou imenso e até a XXXX reconhece que iria ser muito complicado se, mesmo com a minha mãe e a mãe dela a acompanhar a situação, ela diz que foi ótimo eu estar por perto e estar presente.” (EP1)

“O pai também gozou, felizmente ele tem bastante facilidade em termos de trabalho, mesmo se for necessário ir algum dia ou para ficar com ela também,...é bom porque conseguimos partilhar as tarefas também, porque ela também adora o pai e é diferente porque dá para nos orientarmos de forma diferente...”(EM2)

“Sim, ajudou.Ver o filho a crescer! Ver as mudanças dia-a-dia. Num mês, vê-se que ele está a crescer, na roupa já se nota. E depois acompanhar as consultas, também é bom. Pelo menos as consultas que têm tido tenho ido a quase todas. Tenho acompanhado, quando posso acompanho.” (EP4)

As questões laborais também foram abordadas como facilitadoras do papel parental, nomeadamente pelas experiências dos pais com patrões e entidades laborais que permitiram flexibilidade de horários e redução do número de horas extraordinárias, demonstrando compreensão.

“...o meu patrão também tem a preocupação de não me pedir para fazer tantas horas, antes podia fazer mais horas, teve a noção e entretanto já meteu outra pessoa para ajudar e para eu poder estar mais presente, por acaso, foi muito compreensivo, mas o ambiente e tudo continua tudo igual...” (EP1)

“...também por parte dos nossos empregos, o facto de embora seja direito também tenho pela noção que às vezes há pessoas que não têm possibilidade de terem uma licença mais prolongada.” (EM2)

O apoio dos cuidados de saúde remeteu para a utilização de serviços de saúde próximos, privados ou/e públicos, de carácter generalista e especializado.

“...temos um médico ucraniano que dá programas de televisão e estou a ouvir, se preciso de alguma coisa sempre entro e já está. Mais ou menos para saber como vai, se é bom, se faço bem.” (EM1)

“Temos tido as consultas no centro de saúde, também no hospital, também vamos ao pediatra. ... Ajuda-nos a ver e saber a evolução da criança, que estando bem ficamos mais descansados e é bom. E depois continuamos e perguntamos dúvidas a pessoas especializadas, porque às vezes também temos algumas dúvidas.” (EP4)

“Inicialmente andei em uma obstetra particular mas depois acabei por ter diabetes e no 7º mês tive de ir para o hospital, mas não tenho nada a apontar, são sempre muito atenciosos, pronto temos um tempo de espera grande porque há muitas pessoas ...Tive lá 14 horas e tiveram uma paciência extrema, não tenho nada a dizer, nem de médicos nem de enfermeiros, em Aveiro são extremamente cuidadosos. Não apanhei ninguém de que pudesse dizer algo.” (EM4)

Inserido na subcategoria, individualizamos na unidade USF Rainha D. Tereza, uma vez que nas suas respostas os pais apresentaram como um recurso utilizado e abordaram os cuidados prestados nesta unidade de saúde, demonstrando a sua satisfação com a disponibilidade, a acessibilidade, os esclarecimentos fornecidos e com os profissionais.

“As consultas de rotina, ver os pesos, se o aleitamento está bem e as vezes também vão dando algumas dicas, uns funcionam de uma maneira outros funcionam de outra.” (EP4)

“Basicamente eu só venho com ele às consultas, não tenho assim muitas perguntas para fazer, só ajudaram-me na alimentação que era uma coisa que eu não sabia, mas de resto acho que é normal.” (EM6)

“...por acaso aqui dão facilidade, e eu como estou desempregada não preciso, é só mais a viagem de Estarreja para aqui, de resto dão facilidades em tudo, não há problema.” (EM6)

“Até agora impecável, a gravidez foi mais no privado mas de resto foi cá. ... dificilmente encontraria outros profissionais que superassem as minhas expectativas quanto à maneira de ser e em relação a tudo. Excelentes, excelentes profissionais e excelentes seres humanos também!... estou muito satisfeita. Para mim, tem sido uma mais-valia em relação a tudo, se calhar há alguns anos não pensava assim. Como tem tudo corrido tão bem e tenho tido grandes profissionais a acompanhar a minha filha, tanto cá como no hospital público. Impecável, tudo ajuda a que a experiência em si, ainda seja muito melhor.” (EM7)

Apresentamos, por outro lado, o relato de um pai que expõe a sua opinião relativamente ao atendimento no privado e no público, referindo que o privado (nomeadamente especializado) é mais completo.

“A gravidez foi seguida por um obstetra e a criança tem sido seguida aqui. Às vezes não é...por acaso queríamos arranjar um pediatra e não arranjam...não é a mesma coisa, não é que a tratem mal não é isso que está em causa, mas é mais superficial não vão tanto...examinam e vêm-na mas não vão tanto ao pormenor, se fosse no privado examinam melhor e aqui é mais superficial. Não é que tratem mal, por acaso até agora nunca teve nenhum problema de saúde e nunca foi preciso recorrer a nenhuma urgência nem nada, mas as consultas que tivemos aqui foram assim mais à ligeira.” (EP2)

Particularizamos, ainda mais, procurando compreender o papel do enfermeiro de família, e depreendemos que existe identificação desta figura, mas também desconhecimento. Os pais valorizaram os atributos como simpatia, atenção e experiência, referiram ser uma mais-valia, uma vez que, o visionam como profissional de referência, que procuram em primeiro lugar, que facilita a acessibilidade, que identifica e conhece a família e a sua história; que acompanha os elementos e a família, que promove o esclarecimento e aconselhamento solicitado.

“...é a dona xxxxx, sim!... em termos de enfermeira impecável, a doutora é um bocadinho mais sisuda, não é tão atenciosa, não é que seja má mas é diferente.” (EP2)

“Sei,...Enf.^a não sei, o Dr. Sei, é o xxxx. O Enf.º é o....yyyy, penso eu que seja, pelo menos tem sido sempre ele...Não tenho conhecimento.” (EP3)

“É uma mais-valia, sim. Hoje sou a primeira, sou uma das mães a dizer que qualquer um de nós precisa de um médico de família e de uma enfermeira de família!...De referência, que procuro em primeiro lugar. Aliás tenho algumas amigas que também partilham a mesma enfermeira e com opiniões diferentes, respeito mas eu estou muito satisfeita com toda a equipa.” (EM7)

“Tem sido essencial, tem sido prestável....É uma mais-valia porque é assim, é preciso uma vacina extra ela pode perfeitamente ser acessível no sentido de a dar, podemos recorrer a ela, se tivermos algum problema também podemos recorrer a ela. ...conhece o historial da criança...Andando a acompanhar a criança é mais fácil se houver alguma anomalia, acho excelente terem optado por uma enfermeira a seguir a criança e a família.” (EM5)

“É a Enf.^a XXX....Sim, gostamos da enfermeira e tem sido também um apoio....Para já acho que está bem, tem sido um bom acompanhamento, normal. Acho que já estão mais ou menos.” (EP4)

“No esclarecimento das dúvidas e em alguns temas....todas as dúvidas que tenho tido em relação à bebé eu coloco à Enf.^a xxxx e ela tem respondido a todas ...fico esclarecida. Existe disponibilidade....ser sempre a mesma pessoa, porque acompanha o nosso histórico sabe os nossos problemas e é mais fácil, muitas vezes já sabe como é que pode nos ajudar, um enfermeiro novo que não conheça o seu histórico você tem de estar a explicar tudo e é muito mais cansativo, por isso é preferível assim, agora estou com essa inferência, tenho a Enf.^a xxxx desde que vim para aqui e é muito melhor do que andar ou em urgências ou em médicos de família que não vamos lá regularmente, também evita deslocações.” (EM4)

Os **recursos materiais** foram os meios físicos que permitiram atingir um determinado objetivo e remetendo para as narrativas permitiram sustentar (os recursos monetários) e aumentar o conhecimento e esclarecimento (meios audiovisuais).

“Os pais de hoje valorizam muita coisa que não é valorizável, por exemplo, ter um quarto para bebé que custa mil euros o quarto, não há necessidade. Não há necessidade! Uma cama de grades, no meu caso, que até era da cunhada quando era pequenina, serve. O importante é a estrutura familiar. Quem não tem quem empreste ou quem dê, é muito caro receber um bebé, é muito caro.” (EM3)

“...uma pessoa também compra os livros e lê alguma coisa sobre o tema, vê na internet. Alguma dúvida vamos pesquisar.” (EP2)

“...fiz pesquisas na internet, todos os dias tentava esclarecer dúvidas, eram muitas...estava a fazer 36 anos e passar pela experiência nessa idade em que a probabilidade de já não querer mais filhos é elevada, quando nos vemos na situação tentamos estar o mais esclarecidas possível.” (EM7)

“Ajuda e complica! É muito fácil uma mãe que seja um bocadinho paranoica é fácil entrar em paranoia a ver os sites na internet, é fácil, porque à imensa informação, imensa informação errada,” (EM3)

Antecipação da Fase Seguinte

A **antecipação da fase seguinte** assumiu lugar como categoria na tendência e relevo que cinco pais (45,45%) lhe atribuíram nas respostas às várias perguntas, nomeadamente, ao adivinharem dificuldades na fase seguinte com a entrada do filho na creche e demonstrando a angústia da separação.

“Agora vem a escolinha vamos ver como vai....Depois vamos ver... A escolinha! Agora é nova fase....Custa muito porque ele ir aos quatro mas não conseguir ainda é

pequenino. Mas pronto....É. Mais complicado com doenças e tudo porque está na escolinha e vem tudo para casa pois é verdade!” (EM1)

“...ele está muito habituado a mim...a mim e á minha mãe...ele agora em Janeiro vai para a creche, vamos ver...vai ser complicado os primeiros dias.” (EM6)

“...os bebés irem, mesmo com 6 meses, para uma creche é muito cedo.... Um bebé precisa de muita atenção e muitos cuidados que na creche sabemos que não dão, que por mais vontade que as pessoas tenham, uma educadora para tantas crianças, não consegue.” (EP2)

“...Quando ela for para a creche é que vai ser uma adaptação diferente, porque aí já vou trabalhar, os dias já não são 100% dedicados a ela, infelizmente, mas pronto, é assim a vida.” (EM2)

Mudanças

As mudanças referiram-se às principais alterações que foram relatadas por seis pais (54,54%), que foram percecionadas ou não, e que manifestaram-se no âmbito individual, conjugal e coletivo.

No âmbito pessoal, quatro pais (36,36%) exteriorizaram variações na personalidade como o aumento da responsabilidade, a passagem do pensar mais individual para o pensar mais no filho e na família e a vivência de um processo de diferenciação interior, que denominamos de **alteração do self**.

“Um bocadinho mais responsável, sim! E sinto que tenho alguém que depende mesmo de mim, é diferente.” (EP2)

“Agora temos sempre de pensar em mais uma pessoa, mas é sempre bom na mesma....Temos é a preferência de olhar para a filha primeiro do que para nós. Antes precisávamos de tudo e agora não precisamos de nada....A responsabilidade aumenta bastante, sim, e cada dia, cada mês que passa aumenta mais. É diferente! É bom!” (EP3)

“Sabia que ia mudar, é um papel novo, um papel com muito mais responsabilidade e que a rotina muda por completo o que estávamos habituados.” (EP4)

No âmbito público, quatro pais (36,36%) manifestaram **mudanças no comportamento social**, referindo alterações na conduta devido a diferentes horários, à centralização no filho, á diminuição da disponibilidade e às demandas.

“...tira-nos a nossa independência um bocadinho, mas é excecional.” (EP1)

“Temos de acordar mais cedo...No trabalho, podia ter de faltar por ela estar doente ou ter de sair mais cedo, de resto continua igual. As conversas vão sempre ter às crianças, sobre fraldas ou outra coisa qualquer....Depois de ela nascer sim, as saídas ao cinema, um fim-de-semana fora, umas férias diferentes, o chegar a casa e não fazer nada, deitar no sofá e...agora não. Chegava a casa e descontraía e agora dá mas não dá. Temos de estar sempre atentos, temos de tomar conta dela.” (EP3)

“...agora a mudança é praticamente: o meu dia é para cuidar dela. E passo praticamente os dias todos a cuidar dela.” (EM2)

“Agora o nosso pouco tempo, ou o tempo que temos livre é direcionado à filha...É terminar o trabalho e ir sempre a correr para a creche ou para casa porque está lá.” (EP3)

Uma mudança essencial ocorreu na relação estabelecida entre o casal, foi vivida na combinação estabelecida entre os elementos para cumprir o papel parental adequado e todos os outros papéis, é denominada de **coparentalidade** e foi abordada por quatro narrativas (36,36%). Esta partilha de tarefas e sentimentos que é a coparentalidade permitiu aumentar o bem-estar e a segurança o que torna-a, também, uma estratégia de coping e preditiva de satisfação conjugal. Os pais que não a percecionam apresentaram insatisfação conjugal e solidão.

“...ora o pai fica com a criança para a mãe fazer o que quer, ora a mãe fica com a criança para o pai fazer o que quer...a parte de lides da casa ora faz a mãe, ora faz o pai...Mas eu continuo a dizer se houver parceria entre o casal consegue-se tudo, ...dá para conseguir conciliar, para já. Quando começar a andar se calhar as coisas vão ser um bocadinho diferentes mas pronto para já dá para conciliar tudo!” (EM3)

“...ele tem de ser mais ativo na relação para tentarmos gerir o tempo, porque também sozinha não consigo! Agora a trabalhar e tudo ele tem de tentar ser mais ativo e sinto também um esforço da parte dele..., porque não é fácil estar a trabalhar e criar um filho ao mesmo tempo....acima de tudo tem que ter paciência! ...Pacientes, termos calma e gerirmos o feitiço um do outro.” (EM5)

“...ela vem do trabalho às 20H00, eu às vezes saí do trabalho às 21H00 ou às 20H00 mas sabemos que a partir daquela hora estamos os três juntos.” (EP1)

“E temos tido o apoio um do outro, ajudar a fazer desta maneira ou da outra....Isso é maravilhoso, é bom porque conseguimos partilhar as tarefas também, ela também adora o pai e é diferente porque dá para nos orientarmos de forma diferente, ...é mais fácil de nós partilharmos as coisas.” (EP4)

Sugestões

O código livre criado para permitir os pais explorarem outras temáticas que não abordadas nas perguntas colocadas deu origem a elementos valorizados como sugestões de: apoios para a aquisição de vacinas extra plano nacional de vacinação, de aumentar os apoios financeiros para a parentalidade, de alargar a licença para a mãe, de proporcionar consultas de vigilância nos cuidados de saúde primários com médicos especializados, de diminuir os tempos de espera para serem atendidos, de diminuir a carga dos profissionais de saúde, criar iniciativas formativas e informativas com temas de parentalidade e direito a tempo remunerado para ir as consultas de vigilância do filho.

“A única coisa que eu acho que devia haver uma ajuda mas aqui não têm culpa, é nas vacinas, porque existem muitas vacinas que temos de pagar à parte, ...” (EM6)

“...mais apoio da segurança social, uma vez que pagamos tanto, acho que deviam ajudar mais estes jovens pais, ...” (EP1)

“Para a mãe, acho que podia ser mais alargada, no nosso caso, a minha esposa teve 5 meses remunerada a 80%, e acho que o mínimo devia de ser os 6 meses a 100%.” (EP2)

“Aqui seria bom que existisse Pediatra, um profissional mais vocacionado para as crianças, se calhar é a única falha que encontro. Mesmo nas consultas quando ela estava grávida via que não tinha grandes condições. Quer dizer, nós também íamos ao privado e se calhar estou a utilizar como termo de comparação. Por exemplo, ela ia ao privado e fazia sempre uma ecografia e aqui com uma máquina pequenina só ouviam o coração. Foram estas diferenças que notamos.” (EP2)

“tenho algumas possibilidades de ir ao privado, é mais caro mas é mais rápido. ...Só que se paga. Agora a qualidade do serviço acho que é igual. Só mesmo o tempo de espera.” (EP3)

“Falta muito tempo a estes profissionais de saúde...Mesmo no Centro de Saúde podiam criar iniciativas para a integração dos bebés. Mais iniciativas ...agora terminou o pós-parto, terminou tudo e ficamos sem nada. Podiam criar palestras/iniciativas com temas de interesse para os pais. ... Convidarem o pai e a mãe para virem participar! ...Agora acabou o pós-parto e ficamos assim... Temos muito para aprender, sobretudo para ensinar a criar de maneira positiva. Não criar pessoas ansiosas, estamos a criar uma sociedade stressada e ansiosa.” (EM5)

“...a única coisa que eu acho que na legislação que está mal é por exemplo as mães não terem dispensa para ir às consultas com os filhos, ao médico de família ou ao Pediatra, as consultas rotineiras. ... são faltas justificadas mas não remuneradas.” (EM3)

Positividade da Parentalidade

Outros pais, em resposta à última questão optaram por expressar mais profundamente a sua vivência da parentalidade, reforçando a sua positividade, relativizando as suas exigências e dificuldades.

“Dá trabalho, dá! Mas compensa ... a alegria de a ver crescer, a alegria de a ver desenvolver bem de ser bem. Isso compensa. Tem sido uma fase muito...Não estava a espera que fosse tão bom! (emocionada) É Verdade.” (EM4)

“É fantástico ser pai! Voltamos ao início. Aconselho a toda a gente, tudo tem os seus senãos, mas é uma coisa mesmo gratificante. A partir do dia em que ela nasceu, no dia 15 de Maio, a vida mudou totalmente para melhor. É o antes e o depois. Ficamos mais maduros, porque temos de ficar e é uma experiência fantástica.” (EP1)

“Um dia de cada vez...” (EM1)

As narrativas reforçaram a consciência desta transição complexa que remete para um início e para um fim, para um antes e depois, que se constrói de forma simples e contínua.

5. DISCUSSÃO

Neste subcapítulo procedemos à discussão dos resultados apresentados com recurso ao significado das narrativas relativamente às vivências na transição para a parentalidade, tendo em conta a categorização alcançada e ao estado da arte nesta temática confrontando ambas. Organizamos a discussão dos resultados de acordo com os objetivos pré-definidos para a investigação por forma a demonstrar claramente a resposta alcançada.

Modelo de Parentalidade Durante o Primeiro Semestre de Vida do Primeiro Filho

A dimensão Vivências na Parentalidade demonstrou como os pais construíram o seu modelo de parentalidade, as categorias e subcategorias agrupadas permitiram descrever as experiências, os comportamentos, as adaptações, as causas e as repercussões e são apresentadas na figura 13, um modelo elaborado com fundamento nos dados do estudo.

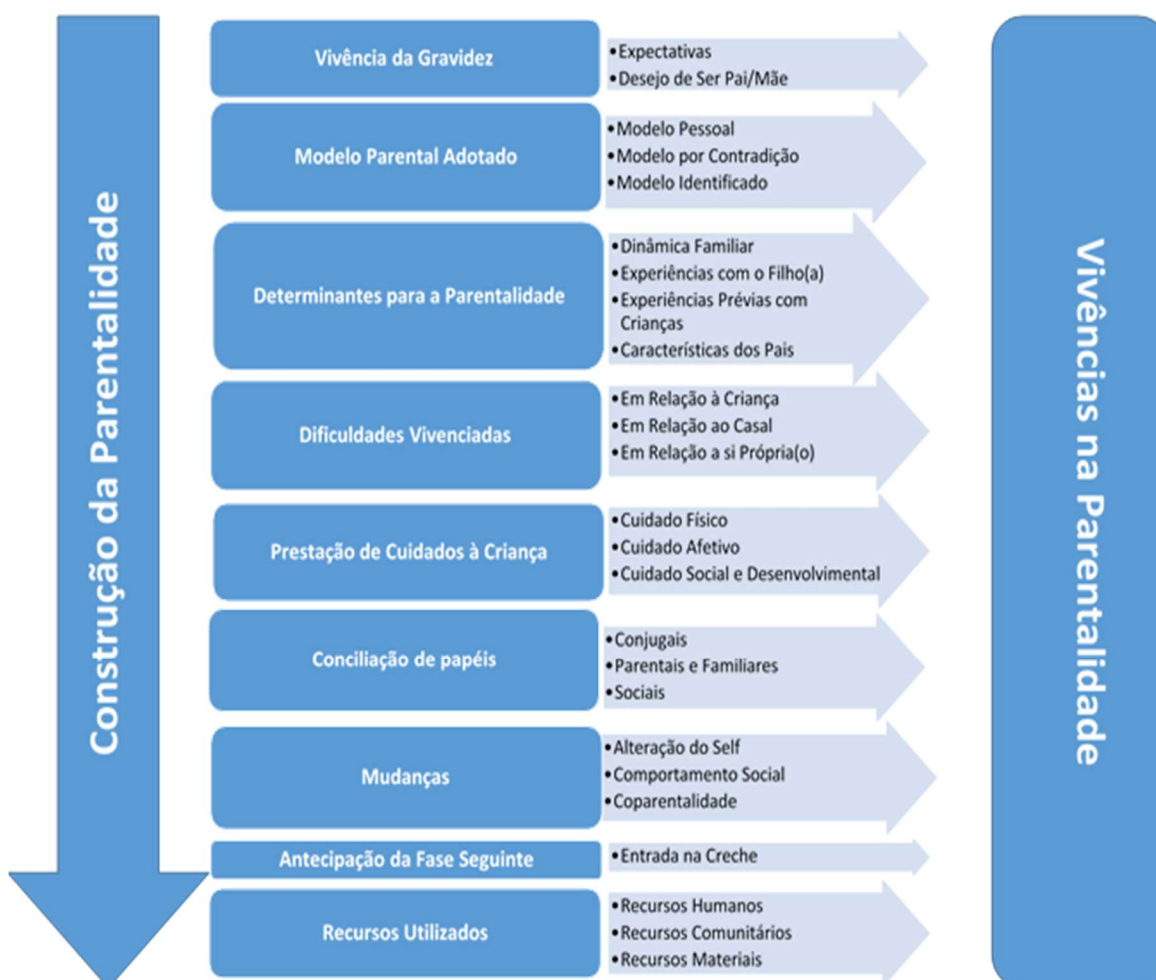


Figura 13 - Modelo Figurativo dos Resultados

O modelo figurativo (figura 13) representa a “*Construção da Parentalidade*”, um processo interativo que se desenvolve num *continuum*, exposto a vários fatores temporais e sociais, que origina uma vivência da parentalidade que é complexa e singular.

As Expectativas dos Pais em Relação à Parentalidade

As referências às expectativas em relação à parentalidade associaram-se ao período de gestação e deram origem à categoria **Vivência na gravidez** e os indicadores que assomaram foram as expectativas e desejo de ser pai/mãe, remetendo o início da construção da parentalidade para este período e as representações parentais formuladas na sua evolução. O estudo de Soares (2012) corrobora estes dados pois enfatiza as vivências do casal na gravidez, os desejos enquanto pai e o imaginário futuro com o filho, e a premissa da construção da parentalidade antes da gravidez através do sonho precoce de ser pai. A este nível subjetivo, as narrativas dos pais estudados por nós demonstraram que na maioria **o desejo de ser pai** individual e do casal sobrepôs-se às exigências e permitiu a atribuição de significado positivo à parentalidade – *“planeamos e sempre os dois juntos escolhemos tudo para a menina e a partir do momento que gostamos da ideia de ser pais”* (EM7).

No entanto, os sentimentos contraditórios experienciados na gravidez são comuns e surgem também no estudo de Soares (2012), uma vez que a dimensão imaginária do filho no ventre materno constitui ainda uma dificuldade para alguns pais, assim como nas nossas entrevistas alguns pais referiram não imaginarem o seu filho durante a gravidez e não anteciparem as dificuldades e mudanças – *“Não é fácil, uma pessoa pode imaginar tudo mas não é fácil, depois tendo é totalmente diferente. Não se consegue imaginar. Idealizava mais ou menos.”* (EP2). Outros pais realizaram antecipação consciente da imaginação do filho, dos novos papéis e das alterações na sua rotina, demonstrando que tiveram as suas **expectativas** correspondidas, excedidas ou diferentes em relação aos intervenientes e ao processo – *“Pensávamos como é que ia ser. Tínhamos consciência que ia mudar, sabíamos mas até que ponto ia mudar, só depois de sentirmos é que íamos ver.”* (EP4); *“Uma mudança de vida muito grande, maior do que nós estávamos à espera...”* (EM3); *“Pensava que era mais fácil! Tem sido um bocado complicado até porque ele tem um problema de saúde”* (EM6). É o desejo de materializar o filho que traz consigo a projeção futura das adaptações que terão de ocorrer, desenvolvendo-se expectativas que nos nossos participantes foram relativamente ao sexo e à saúde do bebé, aos cuidados a prestar à criança e às mudanças na vida. O estudo de Monteiro (2013) também reforçou a importância da criação de expectativas face à parentalidade, nomeadamente na antecipação da sua capacidade neste papel e na sua abordagem nas conversas diárias do casal.

Os pais demonstraram consciência da normatividade desta etapa e do desequilíbrio que gera com as alterações implicadas, no entanto apresentaram a gravidez como o período com menor esforço para a adaptação valorizando a união do casal. Salientamos para além das expectativas em relação ao filho as expectativas criadas para o cônjuge - *“Mesmo o meu marido tem superado as expectativas.”* (EM4). Barry, Smith, Deutsch, & Perry-Jenkins (2011) estudaram o envolvimento dos pais no papel parental e os seus fatores durante a transição para a parentalidade e reforçam que o envolvimento precoce do pai na fase pré-natal facilita o envolvimento do pai nos cuidados pós-parto. De acordo com estes autores, quando as mães trabalham, os pais envolvem-se mais nos cuidados desde a gravidez e efetivamente em nossas narrativas a única mãe desempregada foi a que referiu menos participação do pai, o que já era esperada por esta, que indicia esta relação entre gravidez e pós-parto - *“Basicamente sou eu sozinha que cuido dele, por isso, é como eu já esperava.”* (EM6). De acordo com o estudo de Kuersten-Hogan (2017), os comportamentos de coparentalidade pré-natal preveem os mesmos no pós-parto, mesmo quando praticados em reduzida escala na vida quotidiana antes do nascimento. É reforçada aqui a importância da partilha de sentimentos relativos à parentalidade durante a gravidez e a envolvimento de ambos os cônjuges nas atividades relacionadas com o futuro filho, nomeadamente consultas, ecografias e cursos de preparação (Biehle & Mickelson, 2011). Assim, a gravidez como é o período em que iniciam-se as representações parentais pode facilitar a forma como é realizada a adaptação à parentalidade, por isso é um período ótimo para intervir na promoção da parentalidade e coparentalidade.

As Figuras Identitárias Identificadas no Processo de Transição para a Parentalidade

Verificamos no estudo uma multiplicidade de figuras identitárias que conduziram a vários modelos parentais adotados com vários níveis de diferenciação e individualização, enumerados em **pessoal** - *“Eu! Tenho que ser eu. Não á modelos tento fazer o meu melhor.”* (EP4), por **contradição** - *“Às vezes a perspetiva é mais de evitar seguir algumas características negativas e que condeno”* (EP2) e **identificado** - *“A minha mãe. Criou-me com muito amor e muita dedicação”* (EM5). O estudo de Castoldi et al. (2014) mostrou achados semelhantes pois também encontrou modelos nas famílias de origem, enquanto outros criticavam e que gostariam de ser pais mais afetivos ou presentes do que os seus próprios, e os relatos dos pais e mães evidenciaram a coexistência de identificações com modelos de paternidade modernas e tradicionais que dinamicamente se sobrepõem, com conflito ou convergindo, e que implicam diferentes trajetórias de envolvimento parental.

Constatamos que oito dos participantes referiram ascendentes familiares como modelos, um pai apresentou modelo por contradição e dois pais (homens) apresentaram o desejo de modelos pessoais. Em relação à predominância de gênero masculino no modelo pessoal em contrário ao

identificado com maior representação feminina, dois estudos desenvolvidos por Coltart & Henwood (2012) apoiam e justificam estes dados pois revelam o confronto entre vivências intergeracionais da masculinidade tradicional, as forças sociais e discursivas sobre o “novo pai” e a descentralização do trabalho laboral para o homem. Na atualidade, assim como nas nossas narrativas, verificamos que apesar de se manterem alguns valores tradicionais a vinculação emerge e a parentalidade idealizada é apresentadas em características, atributos e valores nos modelos assumidos como a simplicidade, a honestidade, a disponibilidade, a sensatez, a dedicação, a preocupação, a compreensão, ser esforçado, ser correto, ser realista, ser protetor, ser cuidadoso, ser presente, ser carinhoso, colocar o amor de pai/mãe em cada gesto. Esta ideia é reforçada por Soares (2012) ao constatar que a experiência própria dos novos pais, dentro de suas famílias de origem pode influenciar modelos de referência ou representações mentais de funcionamento familiar em níveis quer conscientes quer inconscientes. Os casais pretendem transmitir os valores recebidos pelos seus pais ao filho como base para que tudo corra bem. Contudo, pretendem mudar alguns aspetos que consideram menos positivos na sua história sobretudo em questões ligadas à autoridade (Soares, 2012).

Assim, a transmissão intergeracional na transição para a parentalidade também se encontrou patente nos nossos resultados por continuidade e conflito, segundo Soares (2012) ganha visibilidade no desejo de transmissão de valores, educação, diferenciação e introdução na história da família. A este respeito acrescentamos a opinião de Walsh (2016, p.264): *“É quase impossível compreender o significado do comportamento, a não ser que inicialmente tenhamos consciência dos nossos próprios pressupostos culturais e saibamos alguma coisa dos valores culturais de uma família”*, que dá como orientação o auxílio na aquisição de um senso de *self* fortificado, com a identificação de valores que desejam manter ou/e que desejam descontinuar de forma consciente. As representações parentais dos pais e o modelo parental assumido é guiado por figuras identitárias e apoiam-se em processos intrínsecos pautados pela transmissão geracional, pela história pessoal, pelas diferenças de gênero e pelo contexto.

Os Constrangimentos/Dificuldades Identificados

As dificuldades vivenciadas pelos pais do estudo foram apresentadas em relação à criança, em relação ao casal e em relação a si próprios. **Em relação à criança**, sobressaíram dificuldades com a sua fragilidade, outras características próprias e com alguns cuidados específicos, nomeadamente, em episódios de choro, a doença, as cólicas, a amamentação, a alimentação, os cuidados ao coto umbilical, o banho e o sono. **Em relação ao casal**, viveram dificuldades relativas à sobrecarga de tarefas – *“Já não temos tempo para a nossa vida só temos para ele agora...”* (EM1), à difícil conciliação de papéis - *“O cansaço, não é fácil conciliar a vida profissional com a pessoal, neste caso com a criança.”* (EM3), à lenta adaptação do cônjuge –

“Não fazia nada com os nervos!” (EM5) e à diminuição do tempo disponível – *“...tira-nos um bocado a nossa liberdade que tínhamos anteriormente.”* (EP1) e de forma **individual** referiram a fadiga provocada pelas demandas – *“Foi muito desgastante.”* (EM5), pela diminuição do repouso – *“Se calhar gosto menos das noites em que realmente tenho de acordar. Condiciona-nos um bocadinho.”* (EM7), e insegurança sentida em relação à sua autoeficácia – *“Quando são pequenos, como são tão frágeis existe mais receio”* (EP4).

Estas dificuldades são identificadas também no estudo de Lopes (2012), de acordo com o qual são maioritariamente na resposta às necessidades da criança, nomeadamente na amamentação, alimentação, sono, choro, doença, desenvolvimento da criança, a falta de experiência dos pais, as crianças com problemas de saúde, irrequietas, com birras, teimosas e com problemas do sono. As características da criança e dos pais e os recursos de apoio são condições que facilitam ou inibem o processo (Lopes, 2012). No nosso estudo foram também referidas frequentemente as características da criança, nomeadamente a sua fragilidade e os seus cuidados específicos como dificultadores, por outro lado os recursos de apoio apresentaram menor impacto como obstáculo e a maioria dos pais referiu positivamente este apoio, existindo apenas um relato que refere a dificuldade de uma menor acessibilidade aos cuidados públicos.

Num estudo de Mendes (2007) sobre o ajustamento materno e paterno no pós-parto, os cuidados com o bebé, a fragilidade física da mãe e a inexperiência e insegurança a cuidar do bebé foram enunciados, pelos pais, como grandes dificuldades para as quais os cuidados de saúde não satisfazem as necessidades e expectativas. De forma semelhante apresenta os cuidados ao bebé e a inexperiência e insegurança, mas diferencialmente a este estudo identificou a fragilidade física da mãe, que não foi abordada nas narrativas colhidas. Os nossos sujeitos participantes apontaram, em contrapartida, as dificuldades relacionadas com os pais a sobrecarga e a insegurança.

Para Andrade et al. (2014), as preocupações parentais priorizadas foram as questões económicas, a sobrecarga do trabalho e a responsabilidade dos papéis. Estas dificuldades também foram encontradas pelos nossos participantes, no entanto não se destacaram em comparação às dificuldades em relação à criança. O apoio familiar e o contexto laboral foram frequentemente recursos facilitadores, as questões económicas não foram abordadas pelos pais, e em relação à sobrecarga de papéis os pais também vivenciaram dificuldades, reportando falta de tempo para o descanso, o que supomos ser explicado com particularidades da amostra e do seu contexto. A dificuldade de adaptação do cônjuge foi também apontada como dificuldade, particularmente da mãe em relação ao pai, no caso específico de um casal em que a mulher refere ser muito insegura e ter muitas dúvidas o que mediante o estudo qualitativo de Gouveia, Pires, & Hipólito (2015) é comum, uma vez que a experiência da parentalidade é revestida de sentimentos de insegurança expressos pelo receio, apreensão e angústia e pode ser positiva na medida em que implica responsabilidade. Esta narrativa demonstra também a complexidade das

adaptações nos primeiros dias de vida do filho e a influência direta que um cônjuge exerce sobre o outro assim como a importância da preparação e do papel da mãe no envolvimento paterno (Jager & Bottoli, 2011).

Das narrativas dos pais surgiram determinantes para a parentalidade, quer nas dificuldades experienciadas quer nas condições facilitadoras e inibidoras, que foram decisivas e preditivas para o desempenho do papel parental, nomeadamente a **dinâmica familiar** anterior na família de origem – “*Como a mãe dele fazia tudo. Agora neste momento custa-me um bocado porque a mãe é que fazia tudo!*” (EM5) e na família atual – “*É fácil lidar com estas situações se tivermos uma boa estabilidade familiar...*” (EM3), **as experiências com o filho(a)** – “*O bebé também é um bebé que é simpático, fácil de lidar...*” (EM3), **as experiências prévias com crianças** – “*A adaptação ao primeiro filho foi mais fácil por ter os conhecimentos que tenho, por ser da área da saúde e trabalhar na Pediatria...*” (EMA2) e **as características individuais dos pais** – “*...sou muito insegura e vivo com muitas inseguranças e com muitas questões...*” (EM5). Estas determinantes surgem no estudo de Hoghughi (2004) que concebe um modelo que sistematiza as dimensões presentes no desempenho da parentalidade, evidenciando como pré-requisitos o conhecimento e compreensão, os recursos, a motivação e as oportunidades. Efetivamente, estes pré-requisitos são encontrados na categorização do nosso estudo mas como determinante apenas o conhecimento emergiu. Segundo Barroso & Machado (2010), o modelo sócio contextual da parentalidade destaca três determinantes, que parecem influenciar as práticas parentais e a parentalidade, indo de encontro ao anteriormente exposto da presente pesquisa: as características individuais dos cuidadores (personalidade e psicopatologia); as características individuais da criança (temperamento), e os fatores de contexto social onde está inserida a interação e relação entre cuidadores e criança (históricas e sociais). Comparando as narrativas também permitiram identificar as características individuais dos pais nomeadamente na insegurança e confiança, as características da criança nas experiências com o filho e considerando a família como uma unidade social temos a dinâmica familiar como um contexto social. O nosso estudo diferenciou-se pelo reporte das experiências prévias com crianças como uma mais-valia. Verificamos assim que as determinantes dos estudos sobrepõem-se às encontradas nas narrativas e destacamos a dinâmica familiar que refere-se ao contexto social mais amplo e à visão sistémica da família e as experiências prévias que remetem para o conhecimento anterior. Estes resultados que apresentam as experiências prévias são atestados pela teoria de médio alcance de Meleis (2010) que compreende as experiências vivenciadas pelos indivíduos durante as transições sujeitas a condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade. Para Meleis (2010), as condicionantes pessoais são: os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que precipitam a transição; as crenças e atitudes culturais, quando o estigma está ligado a uma transição podem influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição; o *status* socioeconómico mais baixo está mais vulnerável a sintomas psicológicos e fatos que dificultam a transição; a preparação e o conhecimento prévio

facilita a experiência de transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um inibidor, ambos podem ser usados como estratégias para auxiliar na gestão da situação e vivência de uma transição saudável. As condições da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição. Esta categoria emergiu no nosso estudo, nas perguntas colocadas face a outros temas, o que justifica muitas destas condicionantes não serem encontradas nas narrativas nomeadamente os significados, as crenças e atitudes culturais, o *status* socioeconómico, por outro lado, as condicionantes da comunidade e sociedade que Meleis (2010) apresenta surgem também mas na nossa perspetiva com um valor acrescido no apoio à adaptação, na categoria recursos utilizados.

Ainda relativamente aos constrangimentos desta transição enquadrámos uma das categorias emergentes do estudo - **A Antecipação da Fase Seguinte**, que surge dos discursos – “...*ele agora em Janeiro vai para a creche, vamos ver...vai ser complicado os primeiros dias.*” (EM6) - devido ao relevo e tendência que os pais atribuíram ao stress causado pela **entrada do filho na creche** e à separação que este momento causa, com maior verbalização pelos pais que se encontram mais próximos desse evento, que também têm de voltar ao seu trabalho e pela idade menor da criança. Em concordância com a importância deste evento para os nossos entrevistados, o estudo desta transição de Cowan & Cowan (2005) refere que a transição normativa universal seguinte após o nascimento do primeiro filho ocorre quando o filho inicia a educação formal e que existem processos familiares que facilitam ou impedem o desenvolvimento e adaptação das crianças e famílias, nomeadamente a qualidade da relação entre os pais.

A Experiência Vivenciada na Transição para a Parentalidade

O desequilíbrio subjacente à transição para a parentalidade pode precipitar uma crise intrapsíquica, que leva à adaptação ou disfunção, mas que pressupõe **mudanças**. Constatamos que para muitos “novos pais” esta transição representa uma reestruturação marcante do *self* – “*Um bocadinho mais responsável, sim! E sinto que tenho alguém que depende mesmo de mim, é diferente.*” (EP2) e uma mudança no sentimento de bem-estar – “*Temos é a preferência de olhar para a filha primeiro do que para nós. Antes precisávamos de tudo e agora não precisamos de nada.*” (EP3). Estes resultados são coincidentes com os de Bleidorn et al. (2016) que pesquisaram a associação entre a transição para a parentalidade e a alteração do traço de personalidade e que permitiu-lhes sugerir que o nascimento do primeiro filho está associado a mudanças na autoestima dos pais, nomeadamente para o pai, essas mudanças foram negativas com queda súbita da autoestima no ano após o parto e diminuição gradual contínua durante os dois anos seguintes, esses achados sugerem que a autoestima é particularmente sensível aos

aspectos estressantes da transição para a paternidade, principalmente à queda normativa na qualidade do relacionamento. Em concordância, as referências encontradas em relação à **alteração do self** foram exclusivamente relatos de pais, o que demonstra a complexidade da adaptação paternal.

Por outro lado, outros estudos não encontraram impacto da transição para a parentalidade na personalidade, designadamente Van Scheppingen et al (2016) nos seus resultados sugeriram que a transição para a parentalidade não resultou em mudanças nos principais traços de personalidade, ao contrário, não desencadeou a maturação da personalidade na idade adulta jovem, efetivamente em alguns relatos não é demonstrada essa consciência mas uma vez que o estudo não foi sobre esse tema não nos é possível retirar conclusões.

Os pais manifestaram **mudanças no comportamento social**, referindo alterações na conduta devido aos diferentes horários, à centralização no filho, à diminuição da disponibilidade e às demandas. Encontramos apoio para os nossos achados no estudo de Gouveia et al. (2015) que apresenta dentro das mudanças na díade marital nos primeiros meses do filho o subsistema parental que se sobrepõe ao subsistema marital, o distanciamento dentro do relacionamento marital, as mudanças de funções no quotidiano, a perda de liberdade, o aumento da responsabilidade, o abdicar do tempo pessoal em prol do bebé. Estas mudanças nomeadamente devido à sobrecarga de tarefas e à dedicação ao filho são também constatadas no nosso estudo nomeadamente no relato de EM2 “...*agora a mudança é praticamente: o meu dia é para cuidar dela. E passo praticamente os dias todos a cuidar dela*”. Em contraste com outras transições, a transição para a parentalidade é um evento não-reversível o que lhe confere maior importância e profundidade nas alterações psíquicas e comportamentais dos elementos da família, e o enfermeiro deve estar atento a indicadores da autoestima e intervir para uma consciencialização, capacitação e adaptação saudável (Wright & Leahey, 2012).

A **coparentalidade** é enfatizada como uma das principais alterações comportamentais e de extrema importância para a adaptação ao nascimento do primeiro filho, interagindo reciprocamente com a capacidade de conciliação, com a conjugalidade e com o bem-estar do filho e de toda a família. Para Walsh (2016), as famílias com bom funcionamento abordam uma crise ou adversidade prolongada como um desafio partilhado o que está patente nas narrativas na forma plural que colocaram nas suas vivências e que permitiu a adaptação como uma “equipa”, como demonstra a referência de EP3 “*Antes eramos só dois agora temos mais um*”. Os nossos resultados são corroborados pela pesquisa de Don et al. (2013) que enfatiza a relação existente entre os comportamentos de coparentalidade e a satisfação conjugal. As relações de conjugais demonstraram que os casais de sucesso abordavam os problemas como uma equipa e os parceiros enfatizavam a força que cada um recebia do outro, encaravam as dificuldades como provações a serem superadas em conjunto e acreditavam que os seus esforços deixavam as relações mais fortes, os esforços compartilhados e o orgulho por triunfarem os aproximava

ainda mais. Desta forma, a pesquisa realizada permitiu absorver a coparentalidade dos pais nas referências à participação partilhada nos cuidados parentais, na negociação dos papéis, na partilha de ideias pelo casal, na vivência interativa e verdadeira do “Nós”.

Relativamente ao novo papel parental, no que diz respeito à **prestação de cuidados à criança**, como era esperado os pais identificaram um conjunto de tarefas necessárias ao bem-estar e desenvolvimento do seu filho que categorizamos em **cuidado físico, cuidado afetivo e cuidado social e desenvolvimental**. Houzel (2004) apresenta um processo complexo de “tornar-se pai” com três eixos da parentalidade: o exercício da parentalidade, que define um domínio que transcende o indivíduo, a sua subjetividade e os seus comportamentos, organiza o papel parental em associação com direitos e deveres; a experiência da parentalidade, que remete à subjetividade, consciente e inconsciente, que advém do fato de vir a ser mãe/pai e de preencher os papéis parentais; a prática da parentalidade que engloba as experiências diárias que os pais têm com as crianças. Contrapondo com estes eixos de Houzel (2004), a valorização da prática da parentalidade nas narrativas é patente e constatamos que atribuíram maior importância ao cuidado físico pelo maior número de referências a atividades desta ordem como alimentar, adormecer, vestir, dar banho, mudar a fralda, transportar. Considerando a divisão das atividades parentais proposta por Houghugh (2004), que para Houzel (2004) correspondem à prática da parentalidade, em cuidados físico, emocional e social, controlo e disciplina, e desenvolvimento, dizemos que os nossos resultados são corroborados pois também valorizam, com menos referências, o cuidado afetivo através do carinho, apego e de vinculação e o cuidado social e desenvolvimental nas tarefas parentais mediante brincadeiras, jogos, socialização e estimulação.

Tivemos uma narrativa que colocou o pai na esfera laboral e com pouco auxílio à mãe desempregada que referiu prestar todos os cuidados, o que explicamos com as diferenças de gênero no papel parental, que são manifestadas por Houzel (2004), pois para este autor o relacionamento pai/filho era mais distante e a sua função restringia-se ao sustento, mantendo-se afetivamente distante. No entanto, existem estudos contraditórios (Biehle & Mickelson, 2012; Houzel, 2004) que apresentam um pai cada vez mais presente, envolvido e participativo, que segundo as narrativas corresponde à realidade dos nossos participantes.

Depreendemos também que a parentalidade é vivenciada de formas distintas pelas múltiplas famílias e pelos elementos do casal, mediada pelas diferenças de gênero na divisão das tarefas, nomeadamente com pais a referir o trabalho como justificação para a sua maior ou menor participação, a cingirem as suas tarefas parentais a atividades do foro emocional e social, e aos cuidados físicos das crianças e tarefas domésticas recaírem mais sobre a mãe. Por outro lado tivemos pais que referiram participar em todas as atividades, demonstrando partilha de tarefas, independentemente do gênero, e nestes verificamos discursos mais seguros e positivos com alusão frequente ao “Nós”. Martins et al. (2017) referem que para esta diferença de gênero nos papéis parentais, contribuem as mães, que mesmo sem intencionalidade, internalizam atitudes

de uma maternidade superior intensiva e restringem a participação dos pais nas tarefas parentais, acabando por afastar os homens/pais da prestação de cuidados, alegando que não são detentores da mesma competência, sensibilidade e desenvoltura para o cuidar, assumindo-se, assim, como principais cuidadoras. Porém, constatamos que maioritariamente os pais mostraram-se participativos e fizeram referência à promoção do desenvolvimento e da socialização da criança, o que apoia a ideia de Vieira & Souza (2010) de que pretende-se um pai participante mais ativo que se envolve no desenvolvimento da parentalidade.

Um dos principais desafios da parentalidade é a problemática da **conciliação de papéis**, nomeadamente o **conjugal, o parental e familiar e o social**, que foi abordada pelos pais remetendo para a normatividade estimada. As narrativas relatam stress referente ao acréscimo de tarefas e à redução da disponibilidade ao nível conjugal e social. Referiram o impacto negativo desta fase na conjugalidade – *“Eu penso que perde sempre. Pelo menos numa fase.”* (EP3) e a importância da satisfação prévia – *“...o filho é uma bênção mas desune o casal, porque o casal já não tem tanto tempo para ele próprio, um para o outro, e desune o casal. Agora depois depende também realmente se os pais estão os dois para o mesmo lado. No meu caso não senti desunião, mas foi uma decisão tomada de consciência, era algo que queríamos muito os dois.”* (EM3), o que vai de encontro ao estudo de Walsh (2016, p.72) que refere que “os casais satisfeitos abordam as dificuldades como testes a serem vencidos juntos e acreditam que essas dificuldades fortalecem o seu relacionamento”. A pesquisa de Dew & Wilcox (2011) demonstra outra perspetiva, presente na narrativa do EP3 do presente estudo, ao constatar que o nascimento de uma criança leva a um declínio na satisfação conjugal, e sugere que as novas mães podem manter a sua satisfação com o casamento se os maridos esforçarem-se para reservar tempo para o casamento e se as esposas não assumirem o papel de cuidadoras principais ou únicas, para além de participarem de forma justa nas tarefas domésticas e nos cuidados aos filhos, para que a divisão seja equitativa e percebida. Efetivamente, outro pai referiu que *“A mãe para além de andar mais cansada, também ocupa-se mais com o bebé e às vezes esquece-se um bocadinho do pai, mas depois lá se lembra. Mas é normal.”* (EP4) o que vai de encontro a vários estudos (Dew & Wilcox, 2011; Gouveia, Pires, & Hipólito, 2015; Jager & Bottoli, 2011) que constaram que a mãe exclui o pai da própria paternidade, focando-se muito na relação mãe/bebé e atribuindo menor atenção à relação marital e à relação pai/filho. Estudos anteriores indicaram um aumento nos conflitos conjugais e uma diminuição da satisfação conjugal devido à diminuição do tempo que os casais se dedicam (Claxton & Perry-Jenkins, 2008; Perry-Jenkins & Claxton, 2011) e na frequência de atividades sexuais (Pacey, 2004), no entanto apesar de denotar-se diminuição da satisfação nas narrativas e a diminuição do tempo para a conjugalidade não foram relatados conflitos conjugais e decréscimo da sexualidade.

Walsh (2016) aponta a utilização de tentativas de reparação, momentos diários de conexão e aceitação de influência para moderar e compensar a negatividade como estratégias a utilizar por casais resilientes. Os pais referiram estratégias como o planeamento de atividades a dois, a

partilha de tarefas no casal, o recurso ao apoio familiar, a concertação de atividades, a priorização, e a redução de outras atividades, demonstrando assim a importância do casal sentir que faz parte de uma “equipa” que trabalha em cooperação e do ajuste em outros papéis (Don, Biehle, & Mickelson, 2013). Cowan & Cowan (2000) apresentam, em relação a conciliação entre o papel parental e familiar, um aumento dos contatos com outros novos pais e as suas famílias de origem, uma vez que constituem um apoio muito utilizado, o que no nosso estudo não se contactou porque os pais referiram menos tempo para a sua família de origem e amigos. Para estes autores, a família também pode gerar *stress* nos recentes pais, na organização das visitas e como responder às críticas dos avós, diretas ou implícitas, conforme relata a EM 5 *“Depois com os familiares é claro que às vezes temos de engolir certas coisas para não nos chatearmos, que é mesmo assim...não sabemos nada, não é! Mas estamos a aprender! ...no início era: -“Ai ela tem fome!”, “Ai ela tem fome”, “E tem fome!”.*

A conciliação do trabalho foi abordada pelos participantes sem dificuldade e apresentaram como facilitadores o apoio familiar, a compreensão da imprevisibilidade e a entidade patronal que valoriza a família e possibilita flexibilidade de horários. Os estudos com esta temática são contraditórios: por um lado temos o estudo de Williams & Boushey (2010) que revelou que 90% das mães e 95% dos pais relatam conflito entre trabalho e família e o de Galinsky, Aumann, & Bond (2009) que mostra que a maioria dos casais com dois provedores relata conflito entre trabalho e família, igualmente partilhado por homens e mulheres; por outro lado outros estudos indicam que muitas famílias com dois provedores têm sucesso na adaptação e até prosperam (Halpern & Tan, 2009), existindo uma mudança em direção ao desejo compartilhado de atingir a equidade de gênero no trabalho e na família (Gerson, 2010). Também na medida em que as expectativas sobre o papel familiar dos homens têm sofrido alterações (Ranson, 2012), é possível que estes sintam uma maior responsabilidade pelo equilíbrio entre os dois papéis, parental e profissional.

Os pais entrevistados referem facilitadores para a redução do stress nesta conciliação, como o apoio familiar e comunitário, a priorização, a partilha das atividades o que é reforçado por Martins (2013) que considera que a conciliação do trabalho com o exercício da parentalidade exige uma multiplicidade de estratégias e habilidades para não comprometer o papel parental e refere a importância de ajudar os pais na redefinição dos seus papéis e que a mãe, em particular, aceite a separação do filho e integre os seus cuidadores substitutos.

Outro ponto destacado por Soares (2012) e confirmado pelos achados é que neste momento o casal vivencia um distanciamento da vida social, devido à redução ou extinção de atividades de lazer como estratégias dos pais no seu estabelecimento de prioridades. Apoiamos Martins (2013) ao enunciar que o lazer e o convívio social estão comprometidos na parentalidade, provocando sentimentos de solidão e isolamento nos pais e que os enfermeiros devem promover o meio relacional e o contexto social nas suas práticas de cuidar, abandonando um cuidado meramente

técnico e instrumental. Nas narrativas, transpareceram muitas atividades abandonadas mas prevaleceu uma visão temporária e positiva, de um bem que supera o mal que provoca.

A Positividade da parentalidade é demonstrada nas respostas à questão aberta na revelação espontânea do significado compensador que o nascimento do primeiro filho tem para os pais. As repercussões são relativizadas e é reforçada a dimensão horizontal geracional que confere propósito à existência e que permite uma construção da parentalidade. Este sentimento é patente para Silva (2016) que encontrou uma intimidade profunda nos casais que suplanta o ajustamento e pais gratos face à tarefa da parentalidade, sendo a perceção dos custos inferior à recompensa.

Concluindo, voltamos ao início e refletimos que a dimensão primitiva Vivências na Parentalidade acedeu à reflexão pessoal sobre a transição permitindo identificar a consciencialização e uma visão positiva da transição, de crescimento pessoal e familiar. A Construção da Parentalidade remete para um processo evolutivo, edificado num *continuum* de interações diárias com os vários contextos e determinantes, apresentando em simultâneo normatividade e deslumbramento.

Os Recursos Mobilizados pelos Pais

Face a estas adversidades documentadas, os pais, encontraram soluções em múltiplas estratégias e apoios que denominamos de recursos. Walsh (2016) corrobora os nossos resultados e apresenta as redes familiares e sociais e grupos comunitários como uma fonte de segurança em termos de dificuldades que oferecem apoio prático e emocional.

Os pais enumeraram **recursos humanos** (pessoas significativas) que permitiram delegar tarefas, potencializar recursos económicos e oportunidades de lazer; **recursos comunitários** (cursos de preparação para o parto e pós-parto, direitos da parentalidade, flexibilidade laboral e cuidados de saúde) que permitiram disponibilidade, equilíbrio, partilhas de tarefas, segurança, esclarecimento e educação para a saúde; e **recursos materiais** (monetários e meios audiovisuais). Estes resultados assemelham-se aos de Soares (2008) que para além de considerar os recursos um fator fulcral na vivência da parentalidade, apresenta as categorias de sociais, da comunidade e da sociedade em geral, dividindo-os em diferentes níveis, nomeadamente ao nível material, psicológico, nas lidas da casa, nos cuidados ao bebé, no esclarecimento de dúvidas e na partilha de experiência. Nos recursos da comunidade, Soares (2008) destacou os serviços de saúde (o médico de clínica geral, o obstetra, o pediatra e os auxiliares de ação médica), as aulas de preparação para o parto e as instituições de guarda diurna (creches), em acréscimo a esta pesquisa os nossos entrevistados valorizaram o contributo da sociedade e referenciaram o apoio do enfermeiro de família. Mantendo esta linha, Belsky (2005) reforça o impacto do meio comunitário e da vizinhança nos processos de parentalidade,

frisando a importância da coesão e organização social, assim como da presença de redes de suporte formal e informal na prevenção de ambientes vulneráveis.

Os sujeitos participantes que não perceberam este apoio apresentaram em seus discursos sentimentos de solidão, abandono e pesar. Várias investigações afirmam a importância dos recursos, designadamente Monteiro (2013) aponta o apoio disponibilizado por outros e percebido como importante para os casais e que corresponde às expectativas, sobretudo o dos pais, do cônjuge e dos casais amigos que vivenciam a mesma fase. O estudo recente de Bennett et al (2017) apresentou a conectividade social como um recurso essencial para os “novos pais”, pois durante a transição para a parentalidade muitas vezes experienciam isolamento. Os pais valorizam o apoio material e psicológico dos familiares e amigos, a partilha de experiências e de conhecimentos (Berthoud & Cervený, 2002).

O regresso ao trabalho foi apresentado segundo uma perspetiva positiva de facilitar o papel parental, nomeadamente pelas experiências dos pais com a entidade patronal que permitiram flexibilidade de horários e redução do número de horas extraordinárias, demonstrando compreensão. Hipoteticamente estes resultados podem refletir as alterações políticas e sociais dos últimos anos no sentido de proteger a parentalidade e aumentar a natalidade e contrariam os resultados do estudo de Williams e Boushey (2010) que divulga o conflito entre trabalho e família. Os nossos resultados vão de encontro a outros estudos que documentaram os efeitos positivos de trabalhar horas não padronizadas para a relação com os filhos, tais como o envolvimento paterno quando as mães trabalham à noite (Barnett & Gareis, 2007), e mais tempo global para cada um dos pais com os filhos (Wight, Raley, & Bianchi, 2008), que é o caso do relato de EM2 - *“...eu fui trabalhar ele ficou com ela, e correu muito bem! Sem problema. Eu fiz manhãs e uma ou outra tarde e correu muito bem, por isso ele é um apoio fantástico, ...eu estou a tratar dela e ele arruma a casa e trata da roupa.”*.

O apoio dos cuidados de saúde remeteu para a utilização dos serviços de saúde próximos, privados ou/e públicos, de carácter generalista e especializado, sobressaindo a manifestação de satisfação com os profissionais de saúde, a disponibilidade, a acessibilidade, a informação fornecida. Apresentamos, por outro lado, a opinião de um pai que expõe a sua equiparação do atendimento privado e público, mostrando maior satisfação com o privado, nomeadamente especializado, por ser mais completo. Algumas das nossas subcategorias identificadas como recursos de apoio pelos participantes vão de encontro a Lopes (2012) que concretiza as intervenções através de três categorias de recursos de apoio: serviços de saúde (consultas de vigilância, visitas domiciliárias, sessões no centro de saúde, atendimento nas necessidades dos pais e vacinação), projetos e programas (de acompanhamento e educativos durante a gravidez e primeiro ano da criança), e materiais e estratégias (material de leitura, sessões educativas, terapia interativa, grupos de pais e meios de comunicação social). Realçamos que devido à inexistência de visita domiciliária à puérpera e recém-nascido, de cantinhos e outras atividades

de educação, não foram referidas como recurso, apesar da sua comprovada eficácia como estratégia na redução de stress parental em estudos como o de Vázquez et al. (2016) e de ser o espaço privilegiado de capacitação da família (Piteira, 2016).

É neste momento do trabalho que direcionamos a nossa atenção para o enfermeiro e o seu papel nesta transição, reconhecendo que a sua ajuda aos pais na adoção de estratégias de coping, na preparação para o desenvolvimento de competências e na ligação a recursos (Lopes, 2012). Na indagação do conhecimento e compreensão da figura de enfermeiro de família concluímos que existe identificação desta figura, mas também desconhecimento. Os pais que identificam o enfermeiro de família valorizam atributos essenciais à relação terapêutica como simpatia, atenção e experiência, e especificam ganho em ser o profissional de referência, que procuram em primeiro lugar, que facilita a acessibilidade, que conhece e acompanha efetivamente a família e a sua história. Uma mãe relatou que *“...difícilmente encontraria outros profissionais que superassem as minhas expectativas quanto à maneira de ser e em relação a tudo. Excelentes, excelentes profissionais e excelentes seres humanos também!”* (EM7), reforçando a pesquisa nacional de Coutinho, Rocha, & Silva (2016) que ao explorar as expectativas das mães em relação aos apoios na parentalidade e, no geral, as expectativas cumpridas foram nos cuidados de saúde de boa qualidade e profissionais de saúde competentes.

Constatamos que o género masculino foi o que teve mais dificuldade em identificar o enfermeiro de família e o que referiu relatos mais curtos sobre a mais-valia de ter um enfermeiro de família, que pensamos ter justificação com o fato de não terem acompanhado tantas vezes os seus filhos e famílias à USF. O estudo de Ramalhal et al. (2013) às intervenções de enfermagem para promover as competências paternas atestou estes fatos, referindo que na prática clínica os enfermeiros continuam a concentrar a sua intervenção na díade mãe-filho, não fornecendo momentos que permitam a inclusão do pai.

É o profissional que promove o esclarecimento e aconselhamento solicitado, e os pais reconhecem e estão satisfeitos com o apoio do enfermeiro de família, no entanto, pensávamos encontrar discursos que identificassem e valorizassem outras competências autónomas da área de enfermagem de saúde familiar, ou seja, um reconhecimento e confiança reveladores do papel do enfermeiro de família. Efetivamente o apoio identificado pelos pais foi exclusivo aos cuidados à criança, o que demonstra a necessidade de mudança nas intervenções de enfermagem documentada no estudo de Ramalhal et al (2013) que refere ser possível melhorar a prestação de cuidados de enfermagem à criança e à família promovendo a parentalidade positiva e focalizando a parceria parental porque neste projeto de vida que pertence a ambos e para isso os enfermeiros devem intervir na parentalidade e na conjugalidade.

Finalizamos, com **as sugestões dos pais** abordadas numa questão aberta que demonstraram como alguns pais atribuíram relevância à melhoria dos recursos nomeadamente sugerindo:

apoios para a aquisição de vacinas não compartilhadas; aumento de apoios económicos para a parentalidade; alargamento da licença parental; consultas de vigilância de saúde infantil por profissionais especializados nos cuidados de saúde primários; diminuição dos tempos de espera para atendimento; diminuição da carga laboral dos profissionais de saúde; criação de iniciativas formativas e informativas com temáticas da parentalidade; e direito a tempo (remunerado) para acompanhar o filho às consultas. Estas sugestões vão de encontro ao estudo Coutinho et al. (2016) no qual as expectativas não concretizadas referiram-se aos incentivos atribuídos à maternidade, nomeadamente à maior participação financeira do estado para com as famílias. Walsh (2016) atesta estas necessidades afirmando que as famílias precisam de relações impulsionadoras para a resiliência, de políticas institucionais, de estruturas e programas que sejam benéficos no local de trabalho, nos cuidados de saúde e em outros sistemas maiores. Para este, não é suficiente ajudar as famílias vulneráveis a “triunfar sobre as probabilidades”, as políticas sociais também precisam de “mudar as probabilidades” para capacitá-las a desenvolverem-se.

Implicações para a Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar

Consideramos que os resultados apresentados e discutidos merecem atenção na prática da enfermagem de saúde familiar uma vez que o papel do enfermeiro de família é primordial nas transições do ciclo de vida familiar e apresenta pertinência nesta oportunidade de intervenção junto da família no sentido de facilitar a adaptação à parentalidade (Meleis, 2010; McGoldrick et al., 2011).

Para a concretização de intervenções efetivas do enfermeiro de família para as boas práticas na transição para a parentalidade, propomos a **implementação de medidas formais e informais de apoio à família** com vista a minimizar as experiências de *stress* dos pais, dotar os progenitores dos conhecimentos necessárias à parentalidade e criar oportunidades, nomeadamente na relação terapêutica e partilha de experiências, para discutirem e refletirem sobre as suas necessidades, dúvidas e dificuldades.

Em concordância com as sugestões apresentadas pelos pais, reforçamos a necessidade de investir em **projetos na área da parentalidade**: programas de preparação para a parentalidade direcionados para a família; sessões de esclarecimento durante os primeiros anos de vida das crianças e sessões de partilha de experiências de pais.

Concretamente e com base nos resultados encontrados, entendemos que se deveria abordar em consulta de vigilância de saúde materna e posteriormente em consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil os seguintes **temas no âmbito da parentalidade positiva**:

- As expectativas sobre a parentalidade, permitindo a verbalização e a compreensão dos sentimentos, receios, medos e desejos dos pais promovendo a sua normalização;
- O seu modelo parental adotado, auxiliando na busca de referenciais que orientem o papel parental adequado;
- As dificuldades próprias de cada família, fruto da parentalidade, como as mudanças, a sobrecarga, a privação do sono, os cuidados específicos, as cólicas, o choro, a amamentação, a necessidade de deixar o filho com alguém, a falta de tempo individual, entre outros, para esclarecer e apoiar na sua resolução que deve ser personalizada e baseada nas suas forças e recursos;
- A conjugalidade mediante a indagação da história de cada casal, permitindo a comunicação livre (abertura e sinceridade no diálogo) entre os membros do casal e favorecendo as suas interações. Importa, assim, consciencializar os casais sobre a sua forma de ser e estar na relação, que engloba o eu, tu e nós, visando por um lado, a integração da identidade do casal enquanto díade e, por outro lado, a diferenciação do *self* no ajuste ao papel parental e a comportamentos de coparentalidade;
- A conciliação dos papéis através da abordagem de cada um dos domínios (pessoal, familiar e social), antecipando a acumulação de papéis e promovendo uma melhor gestão dos mesmos. O enfermeiro de família deve colaborar no desenvolvimento do novo papel e na conciliação de todos permitindo aos pais a compreensão da adaptação à parentalidade como um período de busca por uma nova organização familiar que exige o envolvimento de todos. Reforçando a necessidade de promover o envolvimento ativo do pai nas tarefas diárias e parentais, assim como nas consultas e outras atividades de saúde e diárias;
- Mudanças individuais, conjugais, familiares, laborais e sociais, permitindo a sua verbalização e consciencialização no sentido de otimizar comportamentos, nomeadamente com educação para a saúde;
- Os recursos existentes, identificando, informando e aconselhando os pais sobre os direitos da parentalidade, os cursos, meios audiovisuais credíveis, por forma a aumentar a sua acessibilidade;
- A antecipação da fase seguinte, contribuindo para a sua preparação e para o controlo da ansiedade, nomeadamente com a entrada da criança na creche.

Na nossa perspetiva este estudo demonstra a necessidade de desenvolvimento de novas práticas profissionais que visem preparar, ampliar e desenvolver dinâmicas promotoras de uma transição para a parentalidade positiva.

Recomendamos a realização de formação no âmbito da parentalidade positiva e da saúde familiar, particularmente na visão sistémica da família, nos processos normativos, e no trabalho com as famílias (avaliação e intervenções) por forma a capacitar e motivar estes profissionais para o trabalho com a família, contribuindo para ganhos em saúde na família em transição para parentalidade.

Propomos a implementação sistemática da visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido na prática da enfermagem, como momento oportuno para intervir no âmbito dos cuidados de saúde primários. Apesar de ser uma atividade de enfermagem em algumas unidades de saúde familiar, constatamos pelas narrativas dos nossos participantes, que não foi referida como um recurso para o apoio à parentalidade.

Num contexto mais amplo sugerimos a realização de estudo nacional sobre programas de preparação para a parentalidade e o seu impacto, por forma a avaliar os seus resultados e a introduzir novos conceitos. A satisfação e utilização deste recurso pelos sujeitos participantes do nosso estudo manifesta a conveniência em otimiza-lo consoante a evolução do conhecimento sobre esta temática.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Este subcapítulo expõe a nossa reflexão sobre o estudo desenvolvido, por forma a utilizar os resultados para dar resposta ao objetivo delineado de conhecer como os pais constroem o seu modelo de parentalidade, durante o primeiro semestre de vida do primeiro filho, e fazer considerações sobre as suas limitações e implicações para a prática e para outros estudos.

A investigação possibilitou compreender que a vivência da parentalidade inicia-se antes do nascimento, durante a gravidez, período com menos fatores *stressores* em que o desejo e as expectativas permitem antecipadamente criar vínculos, o que prediz de certa forma a adaptação durante o período pós-parto. É assim importante o envolvimento precoce do pai nesta fase, por parte da mulher e dos profissionais, no sentido da assunção do “tornar-se pai” que remete para o envolvimento e participação. O nascimento é um marco importante, uma vez que é com a existência do filho que as exigências do papel parental se impõem, os pais são colocados face a fatores de *stress* adicionais e diferentes manifestados pela complexidade em conciliar os vários papéis e pelas dificuldades encontradas.

A conciliação de papéis leva os pais a demonstrarem sobrecarga, a identificarem decréscimo na satisfação conjugal, a reorganizarem a interação familiar e a abdicarem de atividades sociais, no entanto em nosso estudo a conciliação com o trabalho não é apresentado como dificuldade sentida. Outras dificuldades verbalizadas em relação à criança são o choro, a amamentação, o banho, o sono, as doenças, as cólicas; em relação ao casal são a adaptação do cônjuge, a conciliação dos papéis e a sobrecarga de tarefas; em relação a si próprios são a fadiga, a privação do sono e a insegurança.

Os pais apresentam repercussões da transição para a parentalidade como alterações do self e autoestima, manifestadas em alterações da personalidade decorrentes da perceção do aumento da responsabilidade, alterações do comportamento social, patentes no papel parental e na disponibilidade para outras atividades, e na integração de uma representação do casal como “equipa” que partilha harmoniosamente as suas tarefas em coparentalidade.

Os pais denunciam ansiedade relativa à separação futura do filho com a entrada na creche e o regresso ao trabalho, reforçando a premissa de existência de eventos normativos dentro de um ciclo de vida familiar, que ao ser compreendida pode ser trabalhada com as famílias.

Face a estes desafios, os pais encontram apoio em recursos humanos, que são as pessoas próximas e significativas, ou seja, a sua família, em recursos materiais, que são os meios disponíveis como monetários e de informação, e em recursos comunitários, que são medidas de proteção social da parentalidade, os cursos pré e pós-parto, e os cuidados de saúde. Nesta conjuntura, reforçamos que é importante compreender os desafios que as famílias enfrentam e

os processos familiares que possibilitam que prosperam (Walsh, 2016) e é no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar que as intervenções pretendem habilitar as famílias na sua diversidade de valores, estruturas, recursos e desafios vitais para criarem os seus próprios caminhos na adaptação à parentalidade.

A pertinência do estudo parece, assim, assegurada, já que aceder à experiência de onze pais, os verdadeiros conhecedores das suas vivências na transição para a parentalidade, fez emergir áreas influenciadas por este acontecimento de vida, que nem sempre são retratadas na literatura, configurando, uma maior aproximação às reais necessidades dos pais.

Uma vez que a transição para a parentalidade é um ponto de viragem particularmente relevante para estudar a mudança da autoestima e os estudos existentes são contraditórios (Bleidorn et al, 2016; Van Scheppingen et al, 2016), consideramos pertinente aprofundar a pesquisa nesta área.

É relevante acrescentarmos que durante este estudo deparamo-nos com algumas limitações inerentes à amostra, como o seu tamanho que foi limitado pela saturação da informação e os seus critérios de inclusão. Existiram obstáculos que de certa forma estão vinculadas aos resultados, como a dificuldade em conseguir a participação paterna, devido à sua falta de disponibilidade por questões laborais. Por outro lado, a colheita de informação em outros momentos, também seria positiva pois permitiria relatos mais profundos e fornecia compreensão sobre a evolução dos conceitos explorados.

Na nossa perspetiva, as implicações deste estudo para a prática de enfermagem estão relacionadas com os conceitos e processos identificados e valorizados pelos pais durante a transição para a parentalidade que possibilita um maior conhecimento desta etapa do ciclo de vida familiar e a otimização das intervenções de enfermagem segundo a visão sistémica da família. A pesquisa permitiu conhecer os recursos disponíveis e utilizados pelas famílias, por forma aos enfermeiros facilitarem a sua acessibilidade e promoverem outros inacessíveis para alguns pais mas com comprovada eficácia na adaptação à parentalidade. Os conhecimentos e perspetivas aqui apresentadas pretendem informar e enriquecer os esforços de intervenção e prevenção, pesquisa familiar, políticas sociais e programas baseados na comunidade, mudando o foco para a capacitação das famílias.

Concluído o estudo, consideramos que o seu objetivo de compreender as vivências dos pais na parentalidade durante os primeiros seis meses após o nascimento do primeiro filho para melhorar a sua capacitação no processo de parentalidade, suportando esse processo de transição com intervenções contextualizadas do enfermeiro de família, foi alcançado com motivação, empenho e rigor durante o processo de investigação.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

No presente relatório expõe-se o percurso formativo na aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (OE, 2011) para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, que englobou a prática de cuidados especializados à família em contexto de estágio e a metodologia de investigação no estudo desenvolvido e apresentado anteriormente.

O estágio clínico propiciou a evolução e pessoalmente a demonstração de empenho, com a adoção de estratégias direcionadas para a concretização dos objetivos delineados, como a reflexão, a prestação de cuidados em proximidade com a família, a realização de estudos de caso e a realização de uma sessão de formação em serviço dirigida aos enfermeiros.

Foi essencial a relação de proximidade com as famílias durante as atividades desenvolvidas pois só assim se conseguiu captar a complexidade desta entidade social e compreender os seus contextos e os seus processos de interação e adaptação. A visão sistémica da família apoiou esta aprendizagem e permitiu introduzir as suas premissas na prática diária nomeadamente a sua corresponsabilização e a utilização dos seus pontos fortes e dos seus recursos. Portanto em todas as avaliações é importante obter uma visão holística do sistema familiar e das suas ligações com a comunidade. Isso inclui todos os membros da família atual, a rede familiar estendida e as relações chave que são, ou foram, importantes no funcionamento da família e seus membros (Walsh, 2016).

Os estudos de caso desenvolvidos ocorreram em famílias a vivenciarem transições, normativas e não normativas e os conhecimentos sobre o ciclo de vida familiar e outras fontes de desequilíbrio permitiram explorar as reais dificuldades de cada família e as suas potencialidades para conseguirem a adaptação. A forma específica e singular como se posicionam é efetivamente única para aquela família, pelo que “não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal” (Relvas, 2004, p.14). Assim, sendo, apoiou-se as famílias no seu processo de aprendizagem durante a vida, a manterem continuidade juntamente com a mudança e a encontrarem coerência dentro da complexidade. No âmbito da enfermagem de saúde familiar, obtivemos conhecimentos sobre a habilidade de combinar múltiplos papéis e da adaptação a novos desafios e transmiti estas centrando os cuidados nos pontos fortes das famílias. Para facilitar a adaptação otimizou-se dinâmicas familiares, apresentou-se recursos provenientes de políticas sociais e económicas e encaminhou-se para cuidados de saúde e recursos comunitários.

O aperfeiçoamento da competência referente à avaliação das famílias foi efetuado com a aplicação da entrevista e do MDAIF (Figueiredo, 2012) e captou-se a importância de um modelo

dinâmico validado que permite orientar e sistematizar a colheita de informações e estabelecer diagnósticos e intervenções ajustadas a cada família. Permitiu também a utilização dos instrumentos de avaliação da família como forma de aumentar o conhecimento da família.

Das abordagens efetuadas surgiu a importância de solicitar as famílias para entrevistas e aumentar as intervenções ao nível dos sistemas. A prática de enfermagem de saúde familiar completa um ciclo evolutivo, com ênfase no convite às famílias para participar novamente nos seus próprios cuidados de saúde. No entanto, atualmente este convite é realizado mediante exigência de conhecimento, evidências da pesquisa, sofisticação e colaboração (Walsh, 2016).

A este âmbito reforçamos o nosso contributo com a investigação qualitativa desenvolvida em contexto de estágio que permitiu adquirir competências no âmbito da entrevista e na metodologia científica, para além de aumentar o conhecimento relativamente ao impacto da transição para a parentalidade, as suas determinantes e repercussões, permitindo ao enfermeiro de família agir preventivamente e delinear intervenções fundamentadas, nomeadamente as propostas. Face ao interesse da equipa de enfermagem da USF Rainha D. Tereza desenvolvemos uma formação em serviço com o tema *“Enfermeiros de Família Confiantes – Famílias Seguras”*.

A prática de um modo sistemático de avaliar as famílias e planejar intervenções, exige mais conhecimentos e capacidades para este nível de atividade. No entanto, a formação converge para uma visão demasiado restritiva e formal, é necessária uma aprendizagem contínua, em que os enfermeiros se tornem mais ativos e demonstrem iniciativa na procura e produção de saberes e a criação de oportunidades de formação no contexto laboral.

As dificuldades percebidas foram a conciliação do tempo para a prática pessoal e para a realização das horas de estágio no tempo delineado, exigindo alguma sobrecarga, no entanto, a colaboração e amabilidade da equipa da USF Rainha D. Tereza atenuou as dificuldades encontradas.

Terminamos este relatório com a certeza de que: os objetivos propostos foram alcançados; o enriquecimento pessoal e profissional foi imensurável; foram despertadas capacidades desconhecidas até então e outras aperfeiçoadas na caminhada evidente neste documento. Pretendemos testemunhar estas aprendizagens na prática fundamentada e confiante da enfermagem de saúde familiar e esperamos transmitir aos outros profissionais e às famílias a sua relevância. Esperamos que o estudo desenvolvido aumente e melhore as intervenções na área da parentalidade junto das famílias e que alicie novas descobertas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACeS BV (2013). Manual de Articulação entre Unidades Funcionais do ACeS BV.

Aires, L. (2011). *Paradigma Qualitativo e Práticas*. Universidade Aberta. Retrieved from: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%20%281%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o_atualizada%29.pdf.

Altenburger, L. E., Schoppe-Sullivan, S. J., Lang, S. N., Bower, D. J., & Kamp Dush, C. M. (2014). *Associations between prenatal Coparenting behavior and observed Coparenting behavior at 9-months postpartum*. J. Fam. Psychol. 28, 495-504.

Andrade, L. M. C., Martins, M. M. F. P. S., Angelo, M., Santos, A. T. V. M. F., & Martini, J. G. (2014). *Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares*. Acta Paul Enferm. 27(4). 385-391.

Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN) (2016). *O Momento Atual da Reforma dos CSP em Portugal – 2015/2016*. Retrieved from: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Documentos/Momento_Atual_Reforma_CSP_Portugal_2015_2016_Sumario.pdf.

Aston, M., Price, S., Etowa, J., Vukic, A., Young, L., Hart, C., MacLeod, E., & Randel, P. (2015). *The Power of Relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during post-partum home visits*. Journal of Family Nursing, 21(1). 11–34.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa.

Barroso, R. & Machado, C. (2010). *Definições, dimensões e determinantes da parentalidade*. Psychologica. 52 (1). 211-229. Retrieved from: <http://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/996>.

Barnett, R. C., & Gareis, K. C. (2007). *Shift work, parenting behaviours, and children's socioemotional well-being: A within-family study*. Journal of Family Issues. 28. 727-748.

Barry, A. A., Smith, J. Z., Deutsch, F. M., & Perry-Jenkins, M. (2011). *Fathers 'Involvement in Child Care and Perceptions of Parenting Skill over the Transition to Parenthood*. Journal of Family Issues. 32(11). 1500-1521. Retrieved from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0192513X11406229>.

Bell (2016). *The Central Importance of Therapeutic Conversation in Family Nursing: can talking be healing*. Journal of Family Issues. 22 (4). 439-449.

Bell (2014). *Creating a culture of feedback in family nursing*. Journal of Family Nursing. 20(4). 383-389.

Belsky, J. (2005). *Social-contextual determinants of parenting*. In Tremblay, R. E., Barr, R. G., & Peters, R. V., Eds. Encyclopedia on early childhood development (pp.1-6). Retrieved from: <http://www.child-encyclopedia.com/parenting-skills/according-experts/social-contextual-determinants-parenting>.

Belsky, J. & Jaffee, S. (2006). *The multiple determinants of parenting*. In D. Cicchetti & D. Gohen (Eds), Developmental psychopathology. 2ª Ed. New York: Willey. 38-77.

Bennett, C. T., Buchan, J. L., Letourneau, W., Shanker, S. G., Fenwick, A., Smith-chant, B., & Gilmer, C. (2017). *A Realist Synthesis of Social Connectivity Interventions during Transition to Parenthood: The Value of Relationships*. Applied Nursing Research. 34. 12-23.

Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). *The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence*. Journal of Social and Personal Relationships. 12. 463-472.

Berthoud, C. M. E., & Cervený, C. M. O. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 15-28.

Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2011). *Preparing for Parenthood: How Feelings of responsibility and efficacy impact expectant parents*. Journal of Social and Personal Relationships. 28(5). 668–683.

Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2012). *First-time parents 'expectations about the division of childcare and play*. Journal of Family Psychology. 26. 36-45.

Biscaia, A. R., A. Pereira, Carneiro, R., & Fehn, A.C. (2017). *O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. As Oito Edições de 2009 a 2017*. Mar de Palavras – Edições, Lda. 1ª Edição. USF-AN. Portugal.

Bispo, E. M. F. (2015). *Enfermeiro de Saúde Familiar e a comunicação: Transição para a Parentalidade*. Escola Superior de Saúde de Santarém. Retrieved from <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1483/1/Relat%C3%B3rio%20Elsa%20Bispo%20%5B404803%5D.pdf>.

Bleidorn, W., Buyukcan-Tetik, A., van Scheppingen, M., Denissen, J. J.A., & Finkenauer, C. (2016). *Stability and Change in Self-Esteem during the Transition to Parenthood*. Social Psychological and Personality Science, 7(6). 560-569.

Bogdan, R. & Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora. Porto.

- Bornholdt, E. A., Wagner, A., & Staudt, A. C. P. (2007). *A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna*. Psicologia Clínica. 19(1). 75-92.
- Brazelton, T. B. (2007). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 10ª Edição. Editorial Presença. Lisboa.
- Carlson & Williams (2011). *Parenthood, life course, expectations, and mental health. Society and Mental Health*. 1(1). 20-40. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177%2F2156869310394541>.
- Carter, B., Goldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar; uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª Edição. Artmed. Porto Alegre.
- Castoldi, L., Gonçalves, T. R., & Lopes, R. C. (2014) *Envolvimento paterno da gestação ao primeiro ano de vida do bebé*. Psicologia em estudo. 19(2). 247-259.
- Chong, A., & Mickelson, K. D. (2016). *“Perceived Fairness and Relationship satisfaction during the transition to parenthood: the mediating role of spousal support”*. Journal of Family Issues. 37 (1). 3-28.
- Claxton, A., & Perry-Jenkins, M. (2008). *No Fun Anymore: Leisure and Marital Quality across the Transition to Parenthood*. Journal Marriage Family. 70(1). 28–43.
- Coltart, C., & Henwood, K. (2012). *On paternal subjectivity: a qualitative longitudinal and psychosocial case analysis of men’s classed positions and transitions to first-time fatherhood*. Sage Journals. 12(1). 35-52.
- Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa: Portugal.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE, Versão 2*, Ordem dos Enfermeiros. Edição Portuguesa. Lisboa.
- Coutinho, E. C., Rocha, A. M. A., & Silva, A. L. (2016). *Expectativas relativas à Maternidade de um Grupo de Grávidas Portuguesa nos distritos de Viseu e Aveiro*. Ciência & Saúde Coletiva. 21 (8). 2339-2346.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. American Journal of Sociology. 99 (1). 237-238.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2005). *“Mega-models” of parenting in context*. Mahwah, NJ. Erlbaum.

- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). *Um Futuro Para a Saúde – Todos temos um Papel a Desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Livpsic. Porto.
- Dew, J., & Wilcox, W. B. (2011). *If Momma Ain't Happy: Explaining Declines in Marital Satisfaction Among New Mothers*. *Journal of Marriage and Family*. 73(1). 1-12. DOI:10.1111/j.1741-3737.2010.00782.x.
- Diário da República (2017). Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de Junho. 1ª Série. Nº 118.
- Diário da República (2014). Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de Agosto. Ordem dos Enfermeiros. 1.ª Série. Nº 149.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Direção Geral da Segurança Social (2016). *Proteção Social na Parentalidade. Maternidade, Paternidade, Adoção – Guia da Parentalidade*. Retrieved from <http://www.seg-social.pt/documents/10152/13199/Parentalidade>.
- Don, B. P., Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2013). *Feeling like part of a team: Perceived parenting agreement among first-time parents*. *Journal of Social and Personal Relationships*. 30 (8). 1121-1137.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência: Loures.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. Loures.
- Galinsky, E., Aumann, K., & Bond, J. T. (2009). *Times are Changing: Gender and generation at work and at home: The 2008 National Study of the Changing Workforce*. Families & Work Institute. New York.
- Gerson, K. (2010). *The unfinished revolution: How a new generation is reshaping family, work, and gender in America*. Oxford University Press. New York.
- Gordon, I., & Feldman, R. (2008). *Synchrony in the triad: a microlevel process model of Coparenting and parent – child interactions*. *Family Process*. 47(4). 465–479.
- Gouveia, P. R. R., Pires, M. R. T., & Hipólito, J. E. J. (2015). *O Novo Ciclo Familiar Após o Nascimento do Primeiro Filho*. *Psique*. 11.135-160.

Halpern, D. F., & Tan, S. J. (2009). *Combining work and family: From conflict to compatible*. In J. H. Bray & M. Stanton (Eds), *The Wiley- Blackwell handbook of family psychology* (564-575). Blackwell. New York.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2ª ed. Lusociência. Loures.

Hidalgo, M. V., & Menéndez, S. (2009). *Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y la paternidad*. *Familia*. 38. 133-152.

Hoghugh, M. (2004). *Parenting: an introduction*. In M. Hoghugh & N. Long (Eds), *Handbook of parenting: theory and research for practice*. (1-18). Sage. London.

Houzel, D. (2004). *As implicações da parentalidade. Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milénio*. Casa do Psicólogo. São Paulo.

Hudson, D., Elek, S., & Flek, M. (2001). *First time mothers and fathers transition to parenthood: infant care self – efficacy, parenting satisfaction and infant sex*. *Comprehensive Pediatric Nursing*. 24. 31-43.

Infopédia. (2017). Dicionários Porto Editora. Retrieved from: <https://www.infopedia.pt/>.

International Family Nursing Association. (2013). *IFNA Position Statement on Pre-Licensure Family Nursing Education*. Retrieved from <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/FNE-Complete-PDFdocument-in-colour-with-photos-English-language1.pdf>

International Family Nursing Association. (2015). *IFNA Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. Retrieved from <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf>.

Jager, M. E., & Bottoli, C. (2011). *Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares*. *Psicologia: Teoria e Prática*. 13(1). 141-153.

Katz-Wise, S., Priess, H., & Hyde, J. (2010). *Gender-role attitudes and behaviour across the transition to parenthood*. *Developmental Psychology*, 46(1), 18-28.

Kohn, J. L., Rholes, W. S, Simpson, J. A., Martin, A. M., Tran, S., Wilson, C. L. (2012). *Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: the role of adult attachment orientations*. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 38(11). 1506 –1522.

Kuersten-Hogan, R. (2017). *Bridging the Gap across the Transition to Coparenthood: Triadic Interactions and Coparenting Representations from Pregnancy through 12 Months Postpartum*.

Frontiers in Psychology. Psychology Department, Assumption College, Worcester, MA, USA. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00475>.

Lindblom, J., Flykt, M., Tolvanen, A., Vänskä, M., Tiitinen, A., Tulppala, M., & Punamäki, M. (2014). *Dynamic family systems trajectories from pregnancy to child's first year*. Journal of Marriage and Family. 76(4). 796 – 807.

Lopes, M. S. O. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa.

Martins, C. A. (2013). *A Transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. Doutorado em enfermagem. Universidade de Lisboa.

Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. C. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. Investigação qualitativa em saúde. Ludomedia. 2. 40-49.

McGoldrick, M., Garcia-Preto, N. A., & Carter, B. A. (2011). *The Expanded Family Life Circle: Individual, Family and Social Perspectives*. 4 th ed.. Pearson. Boston.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. New York.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Shumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advances in nursing science. 23(1). 12–28.

Mendes, I. M. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de doutoramento. Universidade do Porto.

Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). *Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses de bebé*. Psico-USF, 12 (1). 18-93.

Mercer, R. (2002). *Transitions to parenthood*. Nurseweek. New York.

Miller, T. (2011). *Falling back into gender? Men's narratives and practices around first-time fatherhood*. Sociology, 45(6), 1094-1109.

Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. ACSS. Lisboa.

Ministério da Saúde (2015). Portaria nº 8/2015 de 12 de Janeiro de 2015. Diário da República. 1.ª Série. N.º 7.

Ministério da Saúde (2016). Portaria n.º 281/2016 de 26 de Outubro. Diário da República. 1ª Série. N.º 206.

- Mixão, M. L., Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Escala de stress parental*. In I. Leal and J. Maroco (Eds.), *Avaliação da sexualidade e da parentalidade* (pp 187-206). LivPsic. Porto.
- Monteiro, I. M. (2013). *O Significado de dois mais um – A Experiência do casal na Transição para a Parentalidade e Novos Caminhos para a Intervenção*. Dissertação. Mestrado Integrado de Psicologia. Universidade do Porto.
- Moreira, J. M. T. (2012). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Que Impacto?* Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto.
- Navarro, F. R. (2007). La construcción social de la parentalidad y los procesos de vinculación y desvinculación padre-hijo. El papel del mediador familiar. *Ciências Psicológicas*, 1(2), 119-133.
- Nystrom, K., & Ohrling, K. (2004). *Parenthood experiences during the child's first year: literature review*. *Journal of Advanced Nursing*. 46(3). 319-330.
- OMS. (2002). *Saúde para Todos no Século XXI*. 1ª Edição. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 168/2011 de 8 de Março. Diário da República. 2.ª Série. N.º 47.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento Nº 126/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República. 2.ª Série. N.º 35.
- Oren, D. (2011). *Psychodynamic Parenthood Therapy: A model for therapeutic work with parents and parenthood*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 17(4). 553–570.
- Orth, U., & Robbins, R. W. (2014). *The Development of Self-Esteem*. *Current Directions in Psychological Science*. 23(5). 381– 387.
- Pacey, S. (2004). Couples and the first baby: responding to new parents' sexual and relationship problems. *Journal Sexual and Relationship Therapy*. 19(3). 223-246.
- Patrício, S. A. F. (2011). *Promoção da Parentalidade Positiva*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Perry-Jenkins, M., & Claxton, A. (2011). *The Transition to Parenthood and the Reasons “Momma Ain’t Happy”*. *Journal of Marriage and Family*. 73(1). 23-28.
- Piteira, A. F. P. (2016). *A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade – Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério*. Tese.
- PORDATA. (2011). Municípios – Densidade populacional. Retrieved from <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

PORDATA. (2015). BI das Regiões – Albergaria-a-Velha. Retrieved from <http://www.pordata.pt/Municipios>.

PORDATA. (2016). Municípios – População. Retrieved from <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>.

Ramalhal, T., Lagarto, A., Matos, A., Cruz, H., & Ribeiro, H. (2013). *Transition to Parenthood: Nursing intervention to promote paternal competences*. NERP. 5. 164-169.

Ranson, G. (2012). *Men, Paid Employment and Family Responsibilities: Conceptualizing the 'Working Father'*. Gender, Work and Organization. 19(6). 741–761.

Rebelo, L. (2011). *A família em Medicina Geral e Familiar – Conceitos e Práticas*. Quadritópico. Lisboa.

Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. 3ª. Edição. McGraw-Hill. São Paulo.

Sawin, K. J. (2016). *Measurement in family nursing: Establisher Instruments and New Directions*". Journal of family nursing. 22(3). 287-97.

Segaric & Hall (2015). *Progressively Engaging: Constructing Nurse, Patient, and Family Relationships in acute care setting*. Journal of family nursing. 21(1). 35-56.

Silva, A. I. G. S. (2016). *Relacionamento conjugal na transição para a parentalidade: Estudo com casais com o primeiro filho entre os 12-24 meses de idade*. Tese. Faculdade de Psicologia e Ciências da Universidade do Porto. Porto.

Silva, E. M. H. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença*. Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém.

Simonelli, A., Bighin, M., & De Palo, F. (2013). *Coparenting interactions observed by the Prenatal Lausanne Trilogue Play: an Italian replication study*. Infant Mental Health Journal. 33(6). 609-619.

Soares, H. M. (2008). *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

Soares, H. (2011). *A criança e os afetos*. Ordem dos Enfermeiros. Açores. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/ACRIAN%C3%87AEOSAFFECTOS.aspx>.

- Soares, D. A. M. (2012). *Paternidade e Geratividade na Transição para a Parentalidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga. Faculdade de Filosofia.
- Souza, F. N., Costa, A. P., & Moreira, A. (2011). *Análise de dados qualitativos suportada pelo software WebQDA*. Departamento de educação. Universidade de Aveiro. 49-56.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação qualitativa em Enfermagem*. Avançando Imperativo Humanista. 5ª Edição. Lusodidacta. Loures.
- Schwartz, E., Lange, C., Meincke, S. M. K., Heck, R. M., Kantorski, L. P., Gallo, C. C. (2009). Avaliação de Famílias: Ferramenta de Cuidado de Enfermagem. *Ciência Cuidado e Saúde*. 8. 117-124.
- USF Rainha D. Tereza (2015). *Carta de Compromisso*. Albergaria-a-Velha.
- Van Scheppingen, M. A., Jackson, J. J., Specht, J., Hutteman, R., Denissen, J. J. A., & Bleidorn, W. (2016). *Personality development during the transition to parenthood: A test of social investment theory*. *Social Psychological and Personality Science*. 7(5). 452-462. <https://doi.org/10.1177/1948550616630032>.
- Vázquez, N., Ramos, P., Molina, M. C., & Artazcoz, L. (2016). *Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental*. *Aquichan*. 16 (2). 137-147. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.2.
- Vieira, E. N. & Souza, L. (2010). *Guarda paterna e representações sociais de paternidade e maternidade*. *Análise Psicológica*, 28(4), 581-596.
- Walsh, F. (2016). *Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade*. 4ª Edição. Artmed. Porto Alegre.
- WHO. (2000). Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health. WHO Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf.
- Wight, V. R., Raley, S. B., & Bianchi, S. M. (2008). *Time for children, one's spouse, and oneself among parents who work nonstandard hours*. *Social Forces*. 87(1). 243-274.
- Williams, J. C., & Boushey, H. (2010). *The three faces of work-family conflict: The poor, the professionals, and the missing middle*. *Work Life Law*. Center for American Progress. Washington, DC.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias. Guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª Edição. Editora Roca. São Paulo.

Zornig, S. M. A. (2010). *Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade*. Tempo Psicanalítico. Rio de Janeiro. 42(2). 453-470.

ANEXOS

ANEXO I

Plano de Sessão de Formação em Serviço



Plano de Sessão de Formação em Serviço

LOCAL: USF Rainha D. Tereza

DATA: 23 de Fevereiro de 2017

Mestranda: Andreia Maria Jarmelo dos Santos Azevedo

TEMA: Enfermeiros de Família Confiantes – Famílias Seguras.

DURAÇÃO: 30 Minutos



Etapas	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos Didáticos	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do tema- Contextualização- Sumário	5 Minutos	Expositivo Interativo	Computador Projector	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Cuidar a família- Papel do Enfermeiro de Família- Trabalhar com Famílias- Avaliação da Família- Entrevista à família- Intervenções com famílias	20 Minutos	Expositivo Interativo	Computador Projector	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Enfermeiros de Família Confiantes- Segredos das Famílias Felizes- Agradecimento	5 Minutos	Expositivo Interativo	Computador Projector	Interesse Participativo



ANEXO II

Formação “*Enfermeiros de Família Confiantes – Famílias Seguras*”

ENFERMEIROS DE FAMÍLIA CONFIANTES



FAMÍLIAS SEGURAS



Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar



Andreia Azevedo nº 78843



Sumário

1. Cuidar a família – Papel do Enfermeiro de Família
2. Trabalhar com Famílias
3. Avaliação da Família
4. Entrevista à família
5. Intervenções com famílias
6. Enfermeiros de Família Confiantes

O Desafio de Cuidar a Família

“O que distingue uma prática avançada com família, é a maneira como pensamos, a linguagem que utilizamos, as questões que formulamos e os relacionamentos que valorizamos”

ANGELO,1997



Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andreia Azevedo nº78843

Saúde Familiar: Promoção de Ambientes Saudáveis

- A Estratégia Health 2020 enfatiza o papel dos ambientes saudáveis e das comunidades resilientes na obtenção de ganhos em saúde e na redução das desigualdades em saúde. As ações a desenvolver devem considerar a relevância do ambiente para a saúde em geral e ao longo do ciclo de vida individual e das famílias, bem como ambientes em específicos.

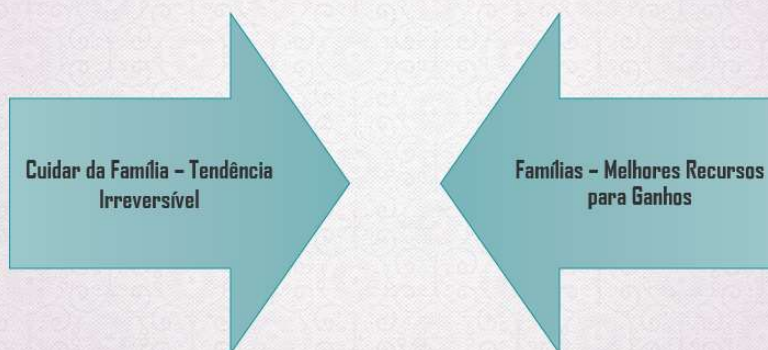


PLANO NACIONAL DE SAÚDE. (2015) REVISÃO E EXTENSÃO A 2020.

Mostrado em Exatidão de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº78943

Trabalhar com Famílias



Mostrado em Exatidão de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº78943

Porque não acontece?



Evidências do conhecimento sobre famílias e doenças

- ✎ Falta de tempo;
- ✎ Falta de conhecimento e habilidades;
- ✎ Sentir-se despreparado.



Pontos de Partida

- ✓ Famílias como sistema;
- ✓ A doença é um evento da família;
- ✓ Famílias estão em todos os lugares;
- ✓ A família não é o problema, mas vivencia uma relação com um problema;
- ✓ Estar em relação como centro da prática com família;
- ✓ O conhecimento de enfermagem da família é contextual;



Montado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº78843

Saúde Familiar: Cuidados de Enfermagem

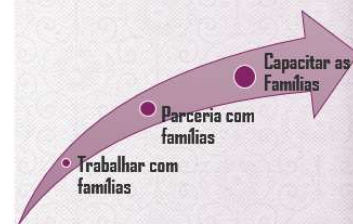
- **Cuidados de Enfermagem:** ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, o enfermeiro assume um papel de pivô no contexto da equipa, paralelamente promove o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.
- **Intervenções de enfermagem:** são optimizadas, se a unidade familiar for o alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando estas visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, 2003).



Montado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº78843

Funções do Enfermeiro de Família



Montado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº78843

Competências Centrais do EF

- ✓ Avaliação da família
- ✓ Formulação de hipóteses: forças e problemas
- ✓ Proposição de intervenções: foco no sistema familiar
- ✓ Gestão de cuidados
- ✓ Comunicação terapêutica



Montrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº75843

Competências Complementares do EF

- ✓ Sensibilidade cultural
- ✓ Negociação
- ✓ Pensamento crítico
- ✓ Liderança
- ✓ Desenvolvimento de instrumentos e parâmetros para coleta e análise de dados
- ✓ Aprendizagem experiencial por meio da ação



Montrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº75843

Trabalhar com Famílias

- O Outcome Present-State Testing Model (OPT) é um processo de raciocínio clínico dinâmico e sistemático que realça os resultados dos cuidados (Pesut e Herman, 1999).
- O OPT fundamenta-se no processo de enfermagem, enfatizando a organização dos cuidados focados na questão chave que desafia a saúde da família.
- É um modelo de cuidados orientado para os resultados. Os enfermeiros centram-se na colaboração com a família para atingir o resultado mais desejável. Trabalhar com famílias para obter resultados em saúde.

(Kaakinen & Birenbaum, 2011)

Montrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº75843

Trabalhar com Famílias - Etapas do OPT

O (OPT) integra um conjunto de etapas :

- **História da Família;**

- **Algoritmo lógico** –colheita de informação em grupos de evidência com significado, concluindo esta etapa com a formulação da questão chave que dá sentido à colaboração com a família e o delineamento dos resultados e das intervenções. A questão chave é apresentada como um diagnóstico de enfermagem da família;

- **Enquadramento** - enquadrar o problema através de uma teoria, permite compreender o estado atual e determinar o melhor resultado possível.

- **Estado atual e resultado esperado** – a questão chave é apresentada como um problema atual que necessita ser resolvido.

Trabalhar com Famílias - Etapas do OPT

- **Intervenções e tomada de decisão** – o Enf. e a família trabalham em parceria para delinear e implementar um plano de ação baseado no resultado identificado.

- **Julgamento clínico** – o enfermeiro realiza julgamentos clínicos acerca da eficácia do plano de ação, pode decidir dar continuidade ao plano de cuidados ou que é chegado o momento de concluir a parceria com a família; se não está a ser atingido ou a se parcialmente atingido o enfermeiro necessita de rever a história do cliente e reiniciar o processo OPT;

- **Reflexão** - os enfermeiros envolvem-se numa reflexão intencional e deliberada, no sentido de construir padrões das histórias dos clientes (agrupamentos de evidência, questões chave, resultados e intervenções). Esta é a etapa do pensamento crítico que contribui para que os enfermeiros evoluam de iniciados a peritos.

(Kaakinen & Hanson, 2005)

Abordagem à Família - Passos



AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

ENTREVISTA À FAMÍLIA

QUESTÕES

O QUE PERGUNTAR À FAMÍLIA?

1. Que hipótese(s) pode(m) ser formulada(s)?
2. Pergunta(s) para validar a(s) hipótese(s)



Questões - Tipos

Lineares: (são perguntas investigativas) busca identificar a situação da família: quem fez o que? Onde? Quando e porque?

Circulares: (caráter exploratório) levantar padrões que conectam pessoas, objetos, ações, percepções, ideias, sentimentos, eventos, crenças, contextos. (ex. como a mãe demonstra ser a mais preocupada?)

Reflexivas: (desencadeiam atitude reflexiva) influenciar/encorajar os membros da família a mobilizarem recursos de solução do problema e abrir espaço para novas perspectivas; olhar o futuro, testar hipóteses

Breve Avaliação da Família

5 Questões Úteis

1. Qual é a maior preocupação ou dificuldade da família em relação a doença ou evento?
2. Quem na família é mais afetado pela doença/evento e como manifesta isso?
3. Quem ou o que mais ajuda a família nessa situação?
4. Que tipo de intervenção poderia ajudar a família nessa situação?
5. Como eu (enfermeira/o) poderia ser mais útil para a família nessa situação?

Questões para a Formulação de Hipóteses

Quem?

- Quem é o sistema? Quem são as personagens-chave?
- Quem notou primeiro o problema?
- Quem está preocupado com o problema?
- Quem é afetado pelo problema? (mais, menos)
- Quem está interessado em deixar as coisas como estão? (mais, menos)
- Quem encaminhou o sistema?

Qual?

- Qual é o problema desta vez?
- Qual é o significado que o problema tem para o sistema e para os seus diferentes membros?
- Quais soluções foram tentadas?
- Qual(is) pergunta(s) eu me sinto obrigada a fazer?
- Quais crenças são perpetuadas pelo problema?
- Quais são as crenças centrais?
- Quais são as crenças perpetuadas pelo problema?
- Quais problemas e soluções perpetuam as crenças?

Porquê?

- Porque é que o sistema se está apresentando desta vez?

Montado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andreia Azevedo n.º78843

Questões para a Formulação de Hipóteses

Onde?

- De onde veio a informação sobre esse problema?
- Onde o sistema vê a origem do problema?
- Onde o sistema vê o problema e o andamento do sistema, em caso de ocorrer ou não a mudança?

Quando?

- Quando o problema começou?
- Quando ocorreu o problema em relação a outro fenómeno do sistema?
- Quando ocorre o problema?
- Quando não ocorre o problema?

Como?

- Como uma mudança no problema poderia afetar outras partes do sistema (isto é, personagens-chave, relacionamentos, crenças)?
- Como a mudança em uma parte do sistema pode afetar outra parte do sistema ou do problema?
- Como saber quando o meu trabalho com esse sistema terminou?
- Como o meu trabalho junto a esse sistema poderia constrangê-lo a encontrar uma solução?

Montado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andreia Azevedo n.º78843

Entrevista à Família – 3 Erros a Evitar

1. Falhar em criar um contexto para a mudança;
2. Tomar partidos;
3. Fazer muitos aconselhamentos prematuramente.

(Wright & Leahey, 2005)



Montado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andreia Azevedo n.º78843



Ingredientes-Chave – Entrevista de 15 Minutos?

1. Conversações Terapêuticas;
2. Boas Maneiras;
3. Genogramas e Ecomapas da Família;
4. Perguntas Terapêuticas;
5. Elogiar os pontos fortes da família e individuais.



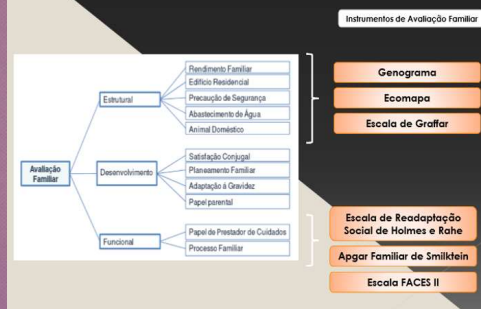
Montrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azeredo nº78843

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

- 1 - Avaliação Familiar.
- 2- Intervenção na Família

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



Fonte: Figueiredo, 2012

Intervenção na Família - Objetivos

- Mudar ou alterar sua visão ou crenças;
- Mudar ou alterar sua visão ou crenças sobre o problema ou doença;
- Ajudar as famílias a desenvolver novas maneiras de interagir em família (é uma maneira de alterar a "realidade" das famílias).
- Ajudar as famílias a descobrir as próprias soluções para os problemas (os profissionais devem ajudar os membros da família a buscar respostas alternativas comportamentais, cognitivas e afetivas aos problemas).

Montrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azeredo nº78843

Intervenção na Família

- A mudança depende do contexto: os objetivos devem ser desenvolvidos em conjunto, por profissionais e famílias, e, estrutura de tempo realista.
- As intervenções devem ser planeadas com conhecimento das restrições e recursos contextuais.
- É preciso haver intervenções cujo objetivo seja o sistema profissional - família, antes da abordagem dos problemas no que se refere ao sistema familiar.



Intervenção na Família

- Quando se modificam as percepções mútuas dos membros da família (como um vê o outro, o que um pensa sobre o outro) e do problema que vivenciam, também se modificam os seus comportamentos.
- O pré-requisito para mudança não é descobrir o "porquê", mas sim compreender "qual" é a situação (Ex . qual é o efeito do ataque cardíaco do seu pai sobre ele e sobre a família? Quais são as implicações da doença do seu pai no seu trabalho?).



Intervenção na Família

- Atenção: as mudanças/resultados no sistema familiar podem não ser satisfatórios para o profissional, se forem incompatíveis com a sua percepção de como a família deve funcionar.
- É mais importante a satisfação da família com seu novo nível de funcionamento do que a satisfação do profissional.



Conversa Terapêutica ➡ Intervenção

Uma simples conversa com a família sobre o sistema familiar molda este processo.

- Nosso compromisso com as famílias é mostrar curiosidade, prazer, interesse, apreciação por sua capacidade de recuperação.
- Isso significa que reconhecemos que as famílias estão procurando dar um sentido a suas vidas e suas histórias. Nosso trabalho é testemunhar isso.
- Devemos ouvir e fazer perguntas (perguntas circulares).



Mostrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº78843

Intervenções – Mudança no Domínio Cognitivo do Funcionamento familiar

São aquelas que oferecem novas ideias, opiniões, crenças, informações ou educação sobre um problema ou risco de saúde em particular.

Uma das necessidades mais significativas para as famílias que enfrentam doenças é receber informações e opiniões dos profissionais de saúde.

- a) Elogiar os pontos fortes da família e de seus membros;
- b) Oferecer informações e opiniões.



Mostrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº78843

Intervenções – Mudança no Domínio Afetivo do Funcionamento familiar

São destinadas a reduzir ou aumentar emoções que podem estar a bloquear a família de solucionar problemas.

- a) **Validar ou normalizar respostas emocionais:** a validação do afeto intenso pode aliviar sentimentos de isolamento e solidão e ajudar os membros da família a fazer ligação entre a doença de um deles e a resposta emocional de todos.
- b) **Incentivar as narrativas de doenças:** ter a oportunidade de expressar o impacto da doença sobre a família e a influência desta sobre a doença, sob a perspectiva de cada um, promove a validação das experiências.
- c) **Estimular o apoio familiar:** incentivar e ajudar os membros a ouvir as preocupações e sentimentos mútuos.

Mostrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo nº78843

Intervenções – Mudança no Domínio Comportamental do Funcionamento familiar

São as que ajudam os membros da família a interagir e comportarem-se de modo diferente na relação mútua.

- a) **Incentivar os membros da família a ser cuidadores e apoiá-los:** promoção de informações, defesa e apoio necessários para facilitar os cuidados primários do familiar doente.
- b) **Incentivar o descanso;**
- c) **Planejar rituais;**

Enfermeiros de Família Confiantes !?

AUTO- EFICÁCIA

- As crenças das pessoas sobre suas capacidades para desempenhar determinada tarefa com êxito;

- Avaliação pessoal quanto à própria inteligência, habilidades e conhecimentos, e é representada pelo termo capacidades ;



Bandura, 1994

Como Promover?



Enfermeiros de Família Confiantes !

- ✓ Ao invés de adotar uma postura de perito, buscar compreender a complexidade das pessoas e /ou experiências das famílias e ser mais dinâmico/interativo.
- ✓ Aprender mais sobre a rica diversidade de família e nosso próprio potencial para ser responsivo na relação;
- ✓ Compreender a família, não como uma entidade literal, mas como uma experiência relacional;
- ✓ Compreender enfermagem e cultura como processos relacionais.

Doane & Varcoe, 2006



Enfermeiros de Família Confiantes !

CAPACIDADES

PRESENTES
ACREDITAR

AUTO-CONFIANÇA

EU POSSO
FAZER!

AUTO-EFICÁCIA

CRENÇA
ÊXITO
SUCESSO

Intervir com famílias é:

"fazer perguntas sistêmicas e assim, alcançar a família onde quer que ela esteja, olhar para a direção em que a família olha e ver o que a família vê e assim, prover o sistema com informações capazes de fazer a diferença que a família precisa para a sua organização."

Angela, 09



Enfermeiros de Família Confiantes !

É...

*Focalizar no que fez de bom,
perdoar-se pelos equívocos
cometidos e continuar
exercitando o relacionamento
com famílias...*



SEGREDOS DAS ... FAMÍLIAS FELIZES!



1. Há segundas oportunidades!
2. Para ajudar a sua família deve acreditar em si próprio!
3. A dedicação é mais importante do que a ocupação!
4. Deixe que os seus objetivos vivam consigo!
5. Conte a história da sua família!
6. Uma criança define-se a cada dia!
7. Ouvir sem julgar!
8. A proximidade não pode ser medida num mapa!
9. Os pais são os alicerces, não os muros!
10. Atribua o mesmo significado a "dever" e "querer"!
11. As adaptações nunca acabam!
12. Demonstre o seu amor!
13. A fadiga é inimiga da família!
14. Encoraje a persistência, não o desespero!
15. Pense na sua família quando não precisa de o fazer!
16. Não deixe que a negatividade se instale!
17. Reconheça o stress positivo!
18. A vida familiar não tem preço!
19. As perguntas calmas obtêm respostas!
20. A satisfação depende da forma como se olha!
21. Não interessa quem ganha o dinheiro!
22. A próxima geração definirá por si própria o conceito de família!
23. Os animais de estimação também fazem parte da família!
24. A doença pode ter múltiplas vítimas!
25. As gerações vindouras fazem-nos sentir novamente jovens!

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo n.º78843

Niven, 2004



Um prazer conhecer-vos...

Agradeço tudo o que me proporcionaram...

Um ótimo ambiente de aprendizagem...

OBRIGADA a toda a equipa ...

Em especial à Enf.ª Ana Santos!

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Andréia Azevedo n.º78843

ANEXO III

Guião da Entrevista e Questionário de Caracterização Socioeconómica

Universidade de Aveiro
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
II Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA DAS FAMÍLIAS**

1 - Sexo: Masculino/Pai ☐ Feminino/Mãe ☐

2 - Idade: _____

3 - Estado civil:

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐

Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ União de facto ☐

4 - Nacionalidade: _____ **Naturalidade:** _____

5 - Local de Residência: _____

6 – Habitação:

Casa Própria ☐ Casa Arrendada ☐ Casa de Pais ☐

Casa de Outros Familiares ☐ Lar ☐ Outra ☐ Qual? _____

7 – Com quem vive?

Sozinho ☐ Cônjuge ☐ Filhos ☐ Quantos? _____

Outros familiares ☐ Quantos? _____ Quais? _____

8 - Habilitações literárias

Analfabeto ☐ 4.º ano ☐ 6.º ano ☐ 9.º ano ☐ Ensino Secundário ☐

Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento ☐

9 - Profissão atual: _____

10 - Religião: _____

QUESTIONÁRIO NÍVEL SÓCIO-ECONÓMICO

- ESCALA DE GRAFFAR -

PROFISSÃO

- ☐ 1. Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
- ☐ 2. Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos e técnicos.
- ☐ 3. Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.
- ☐ 4. Operários especializados, motoristas, policias, cozinheiros, dactilógrafas, etc....
- ☐ 5. Trabalhadores manuais não especializados, jornaleiros, porteiros, contínuos, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.....

NÍVEL DE ESCOLARIDADE

- ☐ 1. Ensino universitário ou equivalente (mais de 12 anos de estudo).
- ☐ 2. Ensino médio ou técnico superior (10 a 12 anos de estudo).
- ☐ 3. Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo).
- ☐ 4. Ensino primário completo (6 anos de estudo).
- ☐ 5. Ensino primário incompleto ou nulo. Analfabeto.

FONTES DE RENDIMENTO FAMILIAR

- ☐ 1. Fortuna herdada ou adquirida (Ex: Propriedades).
- ☐ 2. Altos vencimentos ou honorários (Ex: Lucros de empresas).
- ☐ 3. Vencimento mensal fixo (Ex: Funcionários).
- ☐ 4. Remuneração incerta (Ex: Remuneração semanal ou de horas de serviço).

☐ 5. Assistencial (Ex: Beneficência pública ou privada).

☐ Outra. Qual? _____

CONFORTO DO ALOJAMENTO

☐ 1. Casa ou andar de luxo, grande, com máximo de conforto.

☐ 2. Alojamento de categoria intermédia entre 1 e 3: casa ou andar espaçoso e confortável.

☐ 3. Casa ou andar modestos; em bom estado de conservação, com cozinha e WC.

☐ 4. Categoria intermédia entre 3 e 5.

☐ 5. Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto, promiscuidade.

ASPETO DO BAIRRO ONDE SE SITUA A HABITAÇÃO

☐ 1. Bairro residencial elegante, caro.

☐ 2. Bairro residencial bom, confortável.

☐ 3. Ruas comerciais estreitas e antigas.

☐ 4. Bairro operário populoso e mal arejado.

☐ 5. Bairros de lata.

PONTUAÇÃO FINAL

Classe I (superior): 5 a 9 pontos

Classe II: 10 a 13 pontos

Classe III: 14 a 17 pontos

Classe IV: 18 a 21 pontos

Classe V (inferior): 22 a 25 pontos

Universidade de Aveiro
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
II Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

GUIÃO DE ENTREVISTA

**CONSTRUÇÃO DA PARENTALIDADE –
EVIDÊNCIAS PARA O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**
As vivências na transição para a parentalidade pelo casal com filhos até 6 meses.

QUESTÕES

1. REDEFINIÇÃO DE PAPÉIS E IDENTIDADES

Como tem sido vivenciada esta fase da sua vida, face às suas expectativas?

- Em relação a si
- Com a criança.
- Com a(o) companheira(o).
- Com a família.
- No trabalho.
- Nas relações sociais (amigos e conhecidos).
- No lazer.

2. FIGURAS IDENTITÁRIAS

Quem são/eram as pessoas de referência que contribuem para ser o(a) pai/mãe que é.
Porquê? Que características tinham/têm essas pessoas.

3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO BEBÉ

Que cuidados presta ao bebé e quais as dificuldades encontradas, desde o nascimento da criança?

- Alimentação
- Higiene
- Sono e repouso
- Estimulação sensorial
- Vestir e despir...

4. CONCILIAÇÃO DE PAPÉIS/PRIORIDADES DA RELAÇÃO PARENTAL

Descreva-me como tem conciliado os papéis conjugais, parentais, familiares e profissionais; Que mudanças têm ocorrido na sua vida desde a gravidez? O que tem abdicado?

- Comparar entre como eram antes da gravidez e o momento atual.
- “Rotinas” sociais/ amigos.
- Família.
- Trabalho....

5. FATORES FACILITADORES/RECURSOS MOBILIZADOS

Quais os meios e recursos mobilizados para facilitar a adaptação à parentalidade?

- Apoio da família.
- Apoio dos amigos.
- Profissionais de saúde.
- Internet/fóruns.
- Apoio do(a) companheiro(a).
- Preparação prévia/Formação adquirida.
- Licença parental/trabalho.
- Profissionais de saúde – concretamente enfermeiro de família

Deseja acrescentar mais alguma coisa que eu não tenha perguntado?

Obrigado pela colaboração!

ANEXO IV

Parecer Favorável da Comissão de Ética da ARS Centro

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Atendendo à tipologia da investigação proposta e à pertinência dos seus objectivos, esta Comissão de Ética é de **parecer favorável** à sua concretização.

DESPACHO:

Humberto
16.09.20

Dr. ~~João~~ Manuel Azenha Tereza
Presidente do Conselho Directivo
da A.R.S. Centro, I.P.

ASSUNTO:

Estudo 59/2016 - construção da parentalidade – intervenção do enfermeiro de família
Autoras: Andreia Maria Jarmelo dos Santos Azevedo

A investigadora propõe-se realizar estudo qualitativo, fenomenológico, tendo como objectivo geral "descrever como os pais constroem o seu modelo de parentalidade, durante o 1º semestre de vida do 1º filho". Serão entrevistados pais de 1º filho inscritos na USF Rainha D. Tereza e após consulta de saúde infantil e juvenil, seguindo um roteiro de entrevista constituído para o efeito. Os participantes serão recrutados no decorrer de estágio que a investigadora realizará na referida USF.

A amostra será do tipo intencional. São definidos os critérios de inclusão.

Serão utilizados como instrumentos um questionário para a caracterização sociodemográfica, Escala de Graffar e será realizada entrevista de acordo com guião definido. Estes instrumentos são apresentados.

É garantida a confidencialidade e os dados serão colhidos e analisados de forma anónima.

Os dados serão colhidos em outubro e novembro de 2016.

É apresentada autorização da coordenadora da USF Rainha D. Tereza.

Coimbra, 19 de setembro de 2016

O relator,

for José Carlos Amado Martins

Prof. Dr. José Carlos Amado Martins

O Presidente da CES

for Prof. Dr. Fontes Ribeiro

Prof. Dr. Fontes Ribeiro

ANEXO V

Autorização do Conselho de Administração da ARS Centro

Exmo. Senhor Dr. Manuel Duarte de Rezende Pereira Sebe

Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização do estudo “Construção da parentalidade – Intervenção do enfermeiro de família”, na USF Rainha D. Tereza.

Eu, Andreia Maria Jarmelo dos Santos Azevedo, membro da Ordem dos Enfermeiros nº 2-E-53768, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, no âmbito da unidade curricular Estágio, pretendo desenvolver um estudo de investigação acerca das vivências dos casais na transição para a parentalidade durante os 6 primeiros meses de vida do primeiro filho, procurando conhecer a experiência na construção da parentalidade, sob a orientação científica da Professora Doutora Elsa Melo e Professora Doutora Assunção Almeida.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa com o objetivo de descrever como os pais constroem o seu modelo de parentalidade, durante o 1º semestre de vida do 1º filho.

A colheita de dados será efetuada pela investigadora, através de entrevista semiestruturada aos pais de primeiro filho, no decurso da consulta de saúde Infanto-juvenil dos 6 meses. A entrevista será efetuada após o consentimento livre e esclarecido dos pais.

Neste contexto, venho solicitar a Vossa Exa. a autorização para a realização do referido estudo na USF Rainha D. Tereza.

Envio em anexo:

- Guião da entrevista
- Formulário para submissão de pedido de apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional Saúde do Centro

Com os mais cordiais cumprimentos

Contactos:

E-mail: jarmelo.andreia@gmail.com

Telemóvel: 967625138

Aveiro, 21 de Junho de 2016

Ministério da Saúde
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL
DE SAÚDE DO CENTRO

RECEBIDO 1- Requerimento
24/06/16
Teresa Sáez

ANEXO VI

Autorização da Coordenadora da USF Rainha D. Tereza

Exmo. Sr.ª Coordenadora da USF Rainha D. Tereza

Dr.ª Helena Melo

Eu, Andreia Maria Jarmelo dos Santos Azevedo, enfermeira com cédula profissional nº 2-E-53768, aluna do curso do II Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, no âmbito da unidade curricular de estágio, pretendo desenvolver um estudo acerca de *“Construção da parentalidade – Intervenção do enfermeiro de família. As Vivências na transição para a parentalidade pelo casal com filhos até 6 meses”*.

O objetivo geral do estudo é descrever como os pais de 1º filho constroem o seu modelo de parentalidade, durante o 1º semestre de vida do filho.

A colheita de informação será efetuada pela investigadora, mediante a realização de entrevista semiestruturada aos pais inscritos na USF Rainha D. Tereza, do ACeS BV, após as consultas de Saúde Infantil, ao longo de aproximadamente dois meses, após o consentimento livre e esclarecido dos participantes. Será garantida a confidencialidade das informações colhidas.

Neste sentido, venho solicitar a Vª Exª autorização para realização deste estudo na USF Rainha D. Tereza, no âmbito das consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

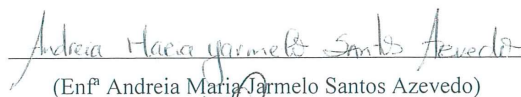
Disponível para qualquer esclarecimento.

Contactos

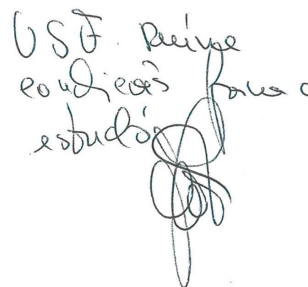
Telefónico: 967625138

Email: jarmelo.andreia@gmail.com

Atenciosamente,


(Enfª Andreia Maria Jarmelo Santos Azevedo)


Aveiro, 21 de Junho de 2016

USF. Rainha
D. Tereza
evidências
estudo


ANEXO VII

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DIRIGIDO A PAIS DE CRIANÇAS COM 6 MESES**

TÍTULO DO ESTUDO: Construção da Parentalidade – Evidências para o enfermeiro de família

Andreia Maria Jarmelo dos Santos Azevedo, membro da Ordem dos Enfermeiros n.º 2-E-53768, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pretende realizar um estudo acerca das vivências dos casais na transição para a parentalidade durante os 6 primeiros meses de vida do primeiro filho, procurando conhecer a experiência na construção desta parentalidade.

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, com colheita de dados através de entrevista semiestruturada dirigida a pais de crianças com 6 meses de vida. O conhecimento obtido facilitará a adequação das intervenções dos enfermeiros dirigidas aos pais no âmbito das consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil e de saúde materna.

Será mantida a confidencialidade da informação colhida e será sujeita a análise de conteúdo, ficando á responsabilidade do investigador.

A participação será voluntária. Se decidir participar poderá desistir a qualquer momento da entrevista, sem que isso tenha qualquer repercussão no processo de cuidados.

Eu abaixo assinado, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora, consentindo assim participar no estudo:

Assinatura_____Data_____

Contactos da investigadora:

Nº telemóvel: 967625138

Correio eletrónico: jarmelo.andreia@gmail.com

Andreia Maria Jarmelo dos Santos Azevedo

ANEXO VIII

Conceptualização das Dimensões, Categorias e Subcategorias

Conceptualização das Dimensões, Categorias e Subcategorias

Dimensões	Categorias	Subcategorias
1. Vivência da Parentalidade a) Vivência - Processo ou manifestação de estar vivo; experiência ou modo de vida. b) Parentalidade - Qualidade do que é parental. Estado ou condição de quem é pai ou mãe (ex.: direitos de parentalidade).	1.1. Vivência da Gravidez Experiência ou modo de vida durante o estado de uma fêmea grávida.	1.1.1. Expectativas a) Ato ou efeito de expectar; esperança baseada em supostos direitos, probabilidades, pressupostos ou promessas; Ação ou atitude de esperar por algo ou por alguém, observando.
		1.1.2. Desejo de ser Mãe/Pai a) Desejo - vontade; aspiração; grande apetite ou vontade em relação a b) Ser - estar, ficar, tornar-se; exprime a realidade; acontecer, ocorrer, suceder. c) Mãe - mulher que tem ou teve filho ou filhos; [Figurado] mulher carinhosa ou protetora; [Figurado] origem, causa, fonte (ex.: a ignorância é a mãe de muitos males); que deu origem a outras coisas da sua espécie. d) Pai - aquele que tem um ou mais filhos; gerador; genitor; progenitor; [Figurado] criador; autor; protetor, benfeitor.
	1.2. Modelo Parental Adotado a) Modelo: Imagem, desenho ou objeto que serve para ser imitado;	1.2.1. Modelo Pessoal a) Molde que é próprio de cada pessoa.
		1.2.2. Modelo por Contradição

	<p>Molde, exemplo; Coisa ou pessoa que merece ser imitada.</p> <p>b) Relativo a pai e mãe ou a parente.</p> <p>c) Escolher e seguir; Perfilhar.</p>	<p>a) Molde por oposição ou contestação.</p> <p>1.2.3.Modelo Identificado</p> <p>a) Molde Tornar idêntico; identidade reconhecida; absorver em si.</p>
	<p>1.3.Determinantes para a Parentalidade</p> <p>a) Determinantes: que determinam; que se forma segundo certas leis e representada por quantidades dispostas em linhas e colunas.</p> <p>b) Parentalidade - Qualidade do que é parental. Estado ou condição de quem é pai ou mãe (ex.: direitos de parentalidade).</p>	<p>1.3.1.Dinâmica Familiar</p> <p>a) Dinâmica: Conjunto de forças que visam o desenvolvimento ou o progresso de algo.</p> <p>b) Familiar: Da família, caseiro, doméstico.</p> <p>1.3.2.Experiências com o Filho(a)</p> <p>a) Experiência: Ato de experimentar; Ensaio; Conhecimento adquirido por prática, estudos, observação, etc.; experimentação.</p> <p>b) Filho: Indivíduo em relação a seus pais.</p> <p>1.3.3.Experiências Prévias com Crianças</p> <p>a) Experiência: Ato de experimentar; Ensaio; Conhecimento adquirido por prática, estudos, observação, etc.; experimentação.</p> <p>b) Prévia: Feito ou dito com antecipação, antes de outra coisa; Que deve preceder.</p> <p>c) Criança: Menino ou menina no período da infância.</p> <p>1.3.4.Características do Pais</p> <p>a) Características: Que determinam o carácter de; Distinguem; Tornam saliente.</p> <p>b) Pais: O pai e a mãe (em qualquer espécie).</p>
	<p>1.4.Dificuldades Vivenciadas</p>	<p>1.4.1.Em Relação à Criança</p>

	<p>a) Dificuldade - Natureza do que se apresenta como difícil; O que faz deter ou parar; obstáculo; Aperto; embaraço; circunstância crítica.</p> <p>b) Vivenciar - Sentir ou experimentar (algum acontecimento ou situação) com intensidade.</p>	<p>a) Em relação: Analogia entre factos ou discursos; Dependência, ligação.</p> <p>b) Criança: Menino ou menina no período da infância.</p>
		1.4.2. Em Relação ao Casal
		<p>a) Em relação: Analogia entre factos ou discursos; Dependência, ligação.</p> <p>b) Casal: Par formado pelos cônjuges; duas pessoas que têm uma relação sentimental e/ou sexual.</p>
		1.4.3. Em Relação a si Própria(o)
		<p>a) Em relação: Analogia entre factos ou discursos; Dependência, ligação.</p> <p>b) A si próprio: à sua pessoa.</p>
	1.5. Prestação de Cuidados à Criança	1.5.1. Cuidado Físico
	<p>a) Prestação: Maneira como alguém se comporta ou desempenha determinada tarefa.</p> <p>b) Cuidados: tratar de.</p> <p>c) Criança: Menino ou menina no período da infância.</p>	<p>a) Cuidado: tratar de.</p> <p>b) Físico: Conjunto dos traços morfológicos do corpo humano; Conjunto das funções fisiológicas.</p>
		1.5.2. Cuidado Afetivo
		<p>a) Cuidado: tratar de.</p> <p>b) Afetivo: Impulso do ânimo; manifestação; sentimental, apaixonado, de amor; dedicado, afeiçoado.</p>
		1.5.3. Cuidado Social e Desenvolvidor
		<p>a) Cuidado: tratar de.</p> <p>b) Social: relativo a sociedade e convivência.</p> <p>c) Desenvolvidor: relativo a crescer, progresso, aumentar.</p>
	1.6. Conciliação de Papéis	1.6.1. Conjugais

	<p>a) Conciliação: Pôr de acordo ou chegar a acordo com; combinação de elementos aparentemente divergentes, contrários ou incompatíveis.</p> <p>b) Papéis: Função que algo ou alguém tem.</p>	<p>Relativos ao casamento ou aos cônjuges.</p>
		<p>1.6.2.Parentais e Familiares</p> <p>a) Parentais: relativos a pai e mãe.</p> <p>b) Familiares: relativos a pessoas da família ou a pessoas íntimas.</p>
		<p>1.6.3.Sociais</p> <p>Relativos à sociedade e à convivência.</p>
	<p>1.7.Mudanças</p> <p>Alterações, modificações, transformações, variações.</p>	<p>1.7.1.Alteração do Self</p> <p>a) Alteração: Transformação.</p> <p>b) Self: por si; aquilo que define a pessoa na sua individualidade e subjetividade; a sua essência.</p>
		<p>1.7.2.Comportamento Social</p> <p>a) Comportamento: Modo de proceder.</p> <p>b) Social: relativo a sociedade e convivência.</p>
		<p>1.7.3.Coparentalidade</p> <p>Corresponsabilidade parental; parentalidade partilhada</p>
	<p>1.8.Antecipação da Fase Seguinte</p> <p>a) Antecipação: ato de antecipar; mudança para antes da data</p>	<p>1.8.1.Entrada na Creche</p> <p>a) Entrada: Ingresso, Princípio.</p>

	<p>marcada ou habitual; previsão: adiantamento</p> <p>b) Fase: etapa ou período de uma evolução ou de um processo</p> <p>c) Seguinte: que segue ou está a seguir; imediato</p>	<p>b) Creche: Estabelecimento de educação destinado a crianças com idades compreendidas entre os 3 meses e os 3 anos de idade.</p>
	<p>1.9.Recursos Utilizados</p> <p>a) Recursos: ato ou efeito de recorrer, de procurar auxílio ou socorro; proteção; refúgios, abrigos; meios para resolver um problema, remédio, solução, meios para atingir um fim.</p> <p>b) Utilizados: que servem; empregues; aproveitados.</p>	<p>1.9.1.Recursos Humanos</p> <p>a) Recursos: meios para resolver um problema,</p> <p>b) Humanos: do homem ou a ele relativo, do género humano</p>
		<p>1.9.2.Recursos Comunitários</p> <p>a) Recursos: meios para resolver um problema,</p> <p>b) Comunitários: relativos à sociedade; que se referem à qualidade daquilo que é comum.</p>
		<p>1.9.3.Recursos Materiais</p> <p>a) Recursos: meios para resolver um problema,</p> <p>b) Materiais: que diz respeito à matéria; relativo a bens materiais; referente a dinheiro; mobiliário, utensílios, aparelhos e instrumentos necessários à realização de determinada atividade.</p>

Fonte: Infopédia - Dicionário Porto Editora (2017)